

AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK
DER
JOHANNES - GUTENBERG - UNIVERSITÄT MAINZ

**INTERAKTIONSMUSTER
DER DEPRESSIVEN
IM SOZIALEN FELD**

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes - Gutenberg - Universität Mainz,
den Medizinischen Fachbereichen
vorgelegt von

Ulrike Ippich
aus Mainz

MAINZ 1976

Ulrike Ippich
c/o Langenhan

6500 Mainz
Am Römerlager 25
Tel. 0 61 31 / 2 62 22

Aus der Psychiatrischen Klinik
der
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Interaktionsmuster
der Depressiven
im sozialen Feld

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin der Johannes-
Gutenberg-Universität Mainz den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von

Ulrike I p p i c h
aus Mainz

Mainz
1976

Fachbereichsdekan: Professor Dr. Peters

Referent: Professor Dr. Peters

Korreferent: Prof. Dr. Rieger



I n h a l t

I. Vorwort

1. Einführung in die Literatur
2. Darstellung der Untersuchungsmethode

II. Interaktionsmuster des Depressiven im sozialen Feld

1. Einführung des Beobachters ins Beobachtungsfeld
2. Vorstellung der Patientinnen
3. Interaktionsmuster der Primärfamilie
 - a) Dominanz der Mutter
 - b) Dialog über das Verhältnis zur Mutter
 - c) Passivität des Vaters
 - d) Der Bruder als schwarzes Schaf in der Familie
 - e) Weitere Kontaktpersonen in der Kindheit
4. Konsequenzen für das Rollenverhalten des Depressiven
 - a) Allgemeine Verhaltensweisen des Depressiven
 - b) Dialog mit Frau K.
5. Interaktionsmuster in der Sekundärfamilie
 - a) Wechselbeziehungen der Ehepartner
 - b) Sexuelles Verhalten
 - c) Dialog über die Sexualität des Depressiven
 - d) Einstellung zu den Kindern

6. Das weitere Umfeld des Depressiven
 - a) Die Atmosphäre im Haus
 - b) Die Einstellung zu den Mitmenschen
 - (1) Aggression
 - (2) Darstellung der Aggression anhand eines Gespräches
 - (3) Flucht
 - c) Kontaktfreudigkeit und Freundeskreis
7. Die Veränderung der Umweltkontakte im Verlaufe der Melancholie
 - a) Voraussetzungen
 - b) Reaktion der Familie und Gegenreaktion
 - c) Die Depression aus familiärer Sicht (Gespräch mit dem Ehemann)
 - d) Der Weg zum Arzt
 - e) Das Verhältnis zu Kontaktpersonen in der Klinik
 - f) Die Wiedereingliederung in Familie und Gesellschaft
8. Die familiären Interaktionen nach Ablauf der Depression
9. Aufschlüsse aus dem FPI-Test
 - a) Erklärungen zu dem Test
 - b) Selbstbild des Depressiven
 - c) Fremdbild

III. Synthese

1. Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse
2. Folgerungen und Erkenntnisse

IV. Zusammenfassung

V. Literaturverzeichnis

Vorwort

Einführung in die Literatur

Die Einstellung des Depressiven zu seiner Umwelt und sein Verhältnis zu den Angehörigen, den behandelnden Ärzten sowie den Kontaktpersonen seines Bekanntenkreises ist bisher kaum untersucht worden. Die psychiatrischen Lehrbücher vermitteln gewöhnlich ein klares, aber knappes Bild der depressiven Persönlichkeit, ihres Erlebens und ihrer Gedankenwelt ²³⁾.

Eine besonders einfühlsame Darstellung findet man in W. Schultes Abhandlung "Über das Wesen melancholischen Erlebens und die Möglichkeiten der Beeinflussung" ²²⁾, in welcher Schulte außerdem diagnostische und differentialdiagnostische Kriterien aufzeigt und Hinweise zur somatischen und psychotherapeutischen Depressionsbehandlung gibt. Die Abhandlung geht auch auf die bisher nur selten behandelten Depressionen im Kindes- und Jugendalter ein, die als Ausdruck einer existentiellen Neurose verstanden werden. Die Suizidalität des Melancholikers wird verstehbar gemacht. Das war besonders für die Abschnitte II 6 b) und 7 b) des vorliegenden Aufsatzes von Interesse. Als Warnzeichen einer drohenden Selbsttötung werden vor allem frühere Selbsttötungsversuche des Patienten ⁽⁺⁾ oder von Personen seiner näheren Umgebung, verschlüsselte Ankündigungen, Selbstbezeichnungen und Schuldgefühle genannt.

Die Ratschläge, die für den Umgang mit derart gefährdeten Personen erteilt werden, waren ebenso wichtig für mein Auftreten gegenüber den Patienten wie die Beschrei-

"Patient" soll nicht als "Kranker" im klinischen Sinne verstanden werden.

bung ihrer Umweltbeziehungen und ihres Interaktionsmusters, die W. Schulte an den Schluß seines Buches stellt. Schulte betont hier, daß die Resignationshaltung des Melancholikers, sein Gefühl eigener Verworfenheit und sein Bemühen nach überstandener Depression, nicht mehr an die hinter ihm liegende Phase zu rühren, eine spontane Öffnung seiner eingeengten Persönlichkeit nach außen nahezu unmöglich mache. Die Tatsache jedoch, daß er um Verständnis bemüht sei und die Gewißheit benötige, der Arzt werde ihm trotz aller Enthüllungen seinen Beistand nicht entziehen, eröffnet dem Therapeuten und dem kontaktsuchenden Gegenüber die Möglichkeit, sich ihm allmählich zu nähern.

Diese vorliegende Arbeit hat aber auch Anregungen der von S. Fleck, A. Cornelison, N. Norton und Th. Lidz vorgenommenen Analyse über die "Wechselwirkungen zwischen dem Klinikpersonal und den Familien" ⁶⁾, die sich allerdings auf Schizophrenie bezieht, entnommen. Die Verfasser vertreten die Ansicht, die Spaltung der Familie durch die Klinikeinweisung könne eine Dekompensation nach sich ziehen, die Angehörigen könnten zu Störfaktoren der Therapie werden. Zwanghafte Angst vor Trennung und innerfamiliäre Meinungsverschiedenheiten könnten zur Sabotage der Behandlung, zu Schuldreaktionen einzelner Angehöriger und zur Kritik an der Therapie führen. Obwohl das Klinikpersonal dazu neige, Schwierigkeiten aus dem Wege zu gehen, bestehen die Autoren darauf, daß die Familienbeziehungen der Patienten sorgfältig zu berücksichtigen seien, damit die Patienten nach Abschluß der Behandlung planvoll rückgegliedert werden können.

Während andere Abhandlungen über endogen Depressive diese gleichsam aus ihrer Umwelt herausgelöst, kontaktlos, in sich geschlossen betrachten, stellt sich die Situation auf dem Gebiet der Schizophrenie anders dar. Hier haben sich bereits zu Anfang der fünfziger Jahre Bestrebungen entwickelt, Milieu- und Umweltfaktoren in

die Untersuchungen einzubeziehen. Es wurden Feldstudien angestellt, die für unsere Untersuchungen an depressiven Personen richtungsweisend sind.

Genannt seien hier vor allem Th. Lidz, S. Fleck, A. Cornelison und D. Terry, die in "Elternpersönlichkeiten und Wechselbeziehungen in der Familie"¹⁴⁾ die Familie unter den Gesichtspunkten der Dynamik einer Kleingruppe betrachten und Hinweise zur Methodik einer Feldstudie geben. Die Individualität des jeweiligen Familiengefüges ist durch die Verschmelzung zweier differenten Persönlichkeiten, die ihren eigenen Familienhintergrund in die Ehe einbringen, gewährleistet.

In seiner Abhandlung "Familie und psychosoziale Entwicklung"¹¹⁾ geht Th. Lidz nochmals auf die unveränderte Bedeutung einer strukturell integren Kernfamilie auch in der heutigen Zeit und in der sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Forschung ein. In einem Kapitel über die Familienorganisation berichtet er ausführlich über die Auswirkungen des ehelichen Interaktionsmusters unter Berücksichtigung der Generationsprobleme, des elterlichen Koalitionsgefüges, der geschlechtsgebundenen Rollenbesetzung und der ödipalen Situation. Diese Parameter werden in Beziehung zur Persönlichkeitsstruktur des aus der Familie hervorgehenden Kindes gesetzt. Der Bericht liefert daher wesentliche Anhaltspunkte für die Auseinandersetzung mit der Primärfamilie in den Kapiteln 3 und 4.

Wie sehr die kindliche Persönlichkeitsentwicklung durch die Besonderheiten der jeweiligen familiären Situation geprägt wird, betonen Th. Lidz und seine Mitarbeiter A. Cornelison, S. Fleck und D. Terry in einer weiteren Arbeit, die sich mit der "Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe"¹³⁾ befaßt. Innerfamiliäre Zwistigkeiten bis zur drohenden Trennung bewirken einen signifikant höheren Prozentsatz an

schizophrenen Kindern, denen - und das ist ein auslösender Faktor - eine ständig wechselnde Parteinahme zugemutet und das zuverlässige Identifikationsvorbild genommen wird.

In der Aufsatzsammlung "Schizophrenie und Familie" ³⁾, die Aufsätze von G. Bateson, D. Jackson, R. D. Laing, Th. Lidz, L. C. Wynne u. a. enthält, werden verschiedene Familienuntersuchungen bei Schizophrenen dargestellt, wobei - wenn auch mit unterschiedlichen Akzenten - eine Kommunikationstheorie der Schizophrenie entwickelt wird. M. Bowen sieht in "Die Familie als Bezugsrahmen für die Schizophrenieforschung" die Entstehung einer Psychose als familiäres Problem an und weist auf die Unterschiede zur individuellen Betrachtungsweise hin. L. C. Wynne, I. M. Ryckoff, J. Day und S. H. Hirsch präzisieren diese Behauptung in ihren Ausführungen zur "Pseudogemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen", in denen sie die drei grundlegenden Wesenseigenschaften der familiären Sozialorganisation bei Schizophrenen beschreiben: die Entwicklung gemeinsamer starrer Mechanismen, den Aufbau einer Pseudogemeinschaft und die Entstehung charakteristischer schizophrener Wesenszüge. Dies wird von J. Day, L. C. Wynne und I. M. Ryckoff weiter ausgeführt. Sie legen "Die Verteidigung stereotyper Rollen in den Familien von Schizophrenen" dar, wobei jedes Mitglied der Gemeinschaft ein festgelegtes Rollenverhalten und eine genau umrissene Vorstellung von sich selbst hat. Dies zieht bei den Betroffenen einerseits eine mythische Auffassung von Funktion und So-Sein einer Familie nach sich, andererseits eine Hemmung der Identitätsentwicklung. Dies gipfelt im schwerwiegendsten Falle in einer Psychose. Die Modifikation des Schemas kann eine Freisetzung unterdrückter Triebe und schwere Schwankungen im labilen Gleichgewicht der einzelnen Persönlichkeiten zur Folge haben.

Während die letzten drei Abhandlungen vor allem für die Kapitel II 6, 7 a) und b) der vorliegenden Studie von vergleichendem Interesse waren, lieferte der dem gleichen Buch entnommene Aufsatz "Double-Bind-Hypothese und Dreierbeziehungen" von J. D. Weakland wesentliche Anhaltspunkte für die Bearbeitung von Kapitel II 7 d) und e), in denen die klinische Periode einer Depression dargestellt wird. Der Autor charakterisiert - parallel zueinander - die Dreierbeziehungen Vater-Mutter-schizophrenes Kind sowie Arzt-Schwester-Patient und stellt fest, daß die Begriffe des Double-Bind, des Rubber-Fence und der Pseudogemeinschaft auf beide in gleichem Maße anwendbar seien. Ebenso wie konfliktreiche Familiensituationen würden Unstimmigkeiten und Formen hoher Erregung innerhalb des Ärztestabes zu Spannungen im sozialen Umfeld des Patienten führen und von ihm mit pathologischen Reaktionen beantwortet werden.

Da wir ebenfalls mit Hilfe projektiver Tests das Selbst- und Fremdbild unserer Patienten zu ermitteln versuchten, war "Die Diagnostik der Familienwechselbeziehungen mit einer Serie projektiver Tests" ²⁴⁾ von Bedeutung, weil darin die Verwendbarkeit der Untersuchungen bestätigt wurde. Die Autoren weisen außerdem auf die hohe Übereinstimmungsrate der Ergebnisse mit der Realität und auf die fruchtbare Zusammenarbeit mit den auswertenden Psychologen hin, vorausgesetzt, daß der Kontakt zwischen Patient und Therapeut lange und intensiv genug ist.

Schließlich half "Die Gruppe" ²¹⁾ von H. E. Richter, ein populär-wissenschaftliches Buch über Gruppenprozesse, die Interaktionsmuster in der Doktorandengruppe zu verstehen, diente aber auch als Gegendarstellung zu den oben aufgeführten Schriften, da actio und reactio des "Normalen" erfaßt und Abgrenzungen zu den Wechselbeziehungen der Depressiven geschaffen werden, was zu Vergleichen zwischen ihrem Verhaltensschema, dem der übrigen Mitglieder der Arbeitsgruppe und dem eigenen Anlaß gibt.

2. Darstellung der Untersuchungsmethode

Felduntersuchungen in großem Umfang wurden bereits für die Schizophrenie durchgeführt. Gegenstand unserer Arbeit sind vergleichbare Felduntersuchungen an Depressiven und Epileptikern. Hierdurch sollte versucht werden, Einblick in die Dynamik der psychischen Störung bei diesem Personenkreis unter Berücksichtigung von Umgebung und Umwelt der Betroffenen zu gewinnen.

Zu diesem Zweck beschäftigten sich vier Doktoranden, die über keine wesentliche psychiatrische Erfahrung verfügten - so konnten sie ohne festgefügte Meinungen und Kenntnisse an das Thema herangehen -, mit jeweils vier epileptischen und vier weiteren mit ebensovielen depressiven Personen, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen mußten:

1. Es mußte sich um typische Fälle von Epilepsie und endogener Depression handeln.
2. Die Patienten sollten einen möglichst umfangreichen Verwandtenkreis haben.
3. Die befragten Personen und ihre Angehörigen sollten zur Erleichterung unserer Arbeit im näheren Umkreis wohnen und somit gut erreichbar sein.
4. Die Befragungen sollten während des Krankenhausaufenthaltes der ausgewählten Personen beginnen, einmal wegen der leichteren Kontaktaufnahme und zum anderen, weil der Informationsgehalt ihrer Auskünfte während dieser Phase größer war. Besonders gilt dies für die Depressiven. Es kamen also nur Personen in Frage, die sich innerhalb eines bestimmten Zeitraumes in der Klinik befanden.

5. Die Depressiven und Epileptiker mußten sich mit der Untersuchung einverstanden erklären und willens sein, sie zu fördern.

Es versteht sich, daß die Anzahl der in Frage kommenden Personen relativ klein war, so daß wir insgesamt etwa ein halbes Jahr benötigten, um den erforderlichen Personenkreis zu finden.

Die Gruppe, mit der wir etwa über den Zeitraum eines Jahres in regelmäßigen Abständen zusammentrafen, umfaßte fünfzehn Frauen und einen Mann, alle im Alter zwischen dreißig und fünfundsechzig Jahren, fast alle verheiratet.

Die Frequenz der Zusammenkünfte betrug etwa 2 Besuche pro Woche und mehr und variierte entsprechend der Temperamentsanlage von Befrager und Befragtem sowie äußeren Umständen. So schwankte auch die Zeitdauer der einzelnen Treffen zwischen 30 Minuten und mehreren Stunden.

Der Kontakt mit ihnen und der engeren Familie sowie die ersten Befragungen wurden in der Klinik unter Zuhilfenahme eines Tonbandgerätes durchgeführt. Nach der Entlassung der Patienten wurde der Kontakt über Hausbesuche aufrechterhalten. Hier war es unser Ziel, bei den Interviews zunächst die Hausgemeinschaft zu erfassen und hier die Position eines passiven Beobachters einzunehmen. In einer zweiten Phase sollten weitere Menschen einbezogen werden, mit denen der Depressive oder Epileptiker in engerer Verbindung stand: Geschwister und deren Familien, Freunde oder Nachbarn. Das umfangreiche Material wurde auf Tonbändern festgehalten, dann ausgewertet und schließlich schriftlich niedergelegt.

Den Abschluß des intensiven Kontaktes zu einem Patienten bildete eine Fragebogenaktion. Die 114 Fragen waren nach dem Muster des Freiburger Persönlichkeitsinventars erstellt, und sie bezogen sich auf Befinden und Verhalten,

Einstellungen, Gewohnheiten und körperliche Beschwerden und dienten zur Diagnostik einiger wichtiger Eigenschaftsbereiche wie Erregbarkeit, Geselligkeit und Dominanzstreben. Indem wir die Angehörigen mit denselben Fragebogen konfrontierten und sie dazu aufforderten, diese so auszufüllen, wie sie es vom Patienten erwarteten, suchten wir das Fremdbild des Depressiven zu ermitteln. Die Krankenblätter sahen wir erst ein, nachdem unsere Untersuchungen abgeschlossen waren und die Ergebnisse des FPI-A-Fragebogens vorlagen. So konnte unsere Objektivität gegenüber den Befragten weitgehend gewahrt werden.

Um unsere Untersuchungen möglichst parallel verlaufen zu lassen, veranstalteten wir in zweiwöchigen Abständen Gruppenzusammenkünfte, auf denen die Ergebnisse und Beobachtungen diskutiert wurden. Auch wenn sich - von Einzelkontakten abgesehen - keine gruppeneigene Dynamik entwickelte, zeigten sich doch Vorteile, die vor allem in einer allgemeinen Erweiterung des Denkradius, Vergleichen und Anregungen lagen. Durch die verschiedenen Persönlichkeitsstrukturen der Patienten wurde außerdem die Diskussion angeregt, so daß aus dem dauernden Vergleich beider Personengruppen ein tieferes Verständnis für die besonderen Eigenarten der eigenen Patienten resultierte. Wir gingen hierbei nach einer strukturalen Methode vor, d. h. es wurden gemeinsame Komplexe erarbeitet und anschließend in sinnvollen Bezug zu den einzelnen Ergebnissen gesetzt.

Schon zu Beginn der Diskussion kündigte sich an, daß sich die ursprüngliche Thematik innerhalb der Umwelt des Depressiven/Epileptikers verschob. Zunächst beabsichtigten wir, nur die engere Familie zu untersuchen und das gesamte Material nach den Themen

1. Persönlichkeit des Vaters des Depressiven
2. Persönlichkeit der Mutter des Depressiven
3. Persönlichkeit der Geschwister des Depressiven
4. Persönlichkeit des Ehepartners des Depressiven

aufzuschlüsseln. Im Verlauf unserer Arbeit ergab sich jedoch eine erheblich sinnvollere Aufgliederung, weil bestimmte Charakteristiken und Schwerpunkte des depressiven Empfindens nicht ausreichend erfaßt werden konnten und die einzelnen Themen zu sehr ineinandergriffen. Schließlich ordneten wir das Material unter folgenden Gesichtspunkten:

1. Dingwelt (Milieu, soziale Faktoren)
2. Einstellung zur Krankheit
3. Persönlichkeit (Charakter, Ideale, Aufgaben)
4. Interaktionsmuster im sozialen Feld

In dem hier vorliegenden Referat wird das Gebiet: "Interaktionsmuster des Depressiven im sozialen Feld" behandelt, in dem die Beziehungen des Patienten zu der Familie, aus der er stammt (Primärfamilie), der Familie, die er gegründet hat (Sekundärfamilie), seinem Arbeitskreis, seinen Bekannten und zu der Depression selbst umrissen werden sollen.

II. Interaktionsmuster des Depressiven im sozialen Feld

1. Einführung des Beobachters ins Beobachtungsfeld

Dem Beobachter wird die Kontaktaufnahme mit dem Depressiven dadurch erleichtert, daß die erste Begegnung in der Krankenhausatmosphäre stattfindet und sich die Ärzte dem Patienten gegenüber mit seinem Vorhaben einverstanden erklären. Trotzdem ist es weitgehend von drei Faktoren abhängig, wie aufgeschlossen sich der Patient verhält: Der eine ist der Zeitpunkt im Verlauf der Depression, an dem die Befragung beginnt. Einerseits sollte die Depression bereits so weit überwunden sein, daß er nicht mehr in Isolation und Erstarrung verharrt, andererseits sollte er aber noch das für die Phase typische Gedankematerial anzubieten haben. Der andere Faktor resultiert daraus, daß gerade bei dem besonders sensiblen Melancholiker eine intensive Wechselbeziehung zwischen Befrager und Befragtem auftritt, so daß Kontaktfähigkeit und -freudigkeit des Studenten auch eine Rolle spielen. Es ergab sich bei uns, daß gerade die zurückhaltenderen Mitglieder der Gruppe zum Teil wesentlich größere Schwierigkeiten bei der Befragung der Patienten hatten als die anderen. Schließlich sind auch das Temperament des Depressiven, seine Interessen und seine soziale Position von ausschlaggebender Bedeutung.

Grundsätzlich läßt sich sagen, daß sich die Depressiven entsprechend ihrer weniger stark ausgebildeten Kommunikationsbereitschaft am Anfang bis auf wenige Ausnahmen ablehnend verhielten und sich nur widerstrebend zur Mitarbeit bereitserklärten. Ich wurde von drei Frauen abgewiesen, ehe es mir gelang, mit vier anderen Patientinnen engeren Kontakt aufzunehmen. Von diesen erklärte sich nur Frau E., die sich bezeichnenderweise in einer manischen Phase befand, spontan zur Mitarbeit bereit. Das Vertrauen der anderen Personen wuchs jedoch in dem

Maße, in welchem sie feststellten, daß sie Verständnis und Anteilnahme fanden. Die Reaktionen auf unsere Kontaktaufnahme variierten von ungläubigem Kopfschütteln: "Sie können sich nicht vorstellen wie das ist!" bis zur Bitte: "Versetzen Sie sich in meine Lage!".

Im Laufe der Zeit bildete sich aus wachsendem Zutrauen und der sich daraus ergebenden erhöhten Mitteilungsbe-reitschaft ein gewisses Vertrauensverhältnis heraus, indem die Patienten den Studenten mit dem Tonband eher als persönlichen Bekannten denn als Teil der Institution Universitätskliniken behandelten. Sie suchten Rat und Hilfe bei ihm.

Darüber hinaus vermittelten ihnen die regelmäßigen Besuche ein Gefühl eigener Bedeutung, das noch durch die Fragebogenaktion und das mitgeführte Tonband ver-stärkt wurde. So wurden die Konsultationen nicht ge-heimgehalten, sondern im Gegenteil als besonderes Er-gebnis im Bekanntenkreis verkündet und dort sowie in der Familie als Mittel gesehen, eigene Person und Krank-heit in den Mittelpunkt allgemeinen Interesses zu rücken. Daraus ergibt sich, daß der Depressive zuerst glaubte, zwischen sich und seinem Studenten eine Art von Diaden-bildung gegen die Familie eingehen und den Befrager von den restlichen Angehörigen isolieren zu müssen. Diese standen ihm daher wesentlich skeptischer gegenüber, empfanden sie ihn doch als fremdes und trennendes Element. Es kostete deshalb erheblich mehr Zeit, die psychisch "Normalen" für sich zu gewinnen als die verschlossenen Depressiven.

Bei manischen Patienten und bei denen, die sich durch besonders hohe Aggressivität auszeichneten, sind Aggres-sion und Mitteilungsbedürfnis so ausgeprägt, daß man dem Schwall gestauter Gedanken und Gefühle zunächst verwirrt gegenübersteht. Die Angriffslust drückt sich entweder in Selbstbezichtigung, Warnung vor der eigenen Gefährlich-keit ("Ich bin böseartig, rabiät, radikal!") und Be-

schimpfung der Familie aus, oder sie richtet sich gezielt gegen den Befrager ("Ach, was wollen denn Sie schon wieder!? Lassen Sie mich in Ruhe! Außerdem können Sie ja alles in den Akten nachlesen."). Es wird auf die Krankengeschichte oder den Arzt verwiesen, und der vorwurfsvolle Ton des Patienten induziert das Gefühl, Störenfried in häuslicher oder krankenhäuslicher Eintracht zu sein.

2. Vorstellung der Patientinnen

Frau K.

Die 56jährige Patientin lebt mit ihrem Mann, einem körperbehinderten Rentner, der früher als Installateur tätig war, und einem 19jährigen Sohn (Koch) in einem einfachen Einfamilienhaus am Rande eines Dorfes zwischen den Weinbergen. Ihre 29jährige Tochter wohnt in Stuttgart. Aus einer Königsberger Handwerkerfamilie stammend, verlebte sie eine behütete Kindheit in ruhigen und intakten Familienverhältnissen. Als erstes traumatisches Erlebnis ist ihr der Tod ihres Vaters, mit dem sie eine besonders enge Beziehung verband, im Gedächtnis geblieben, so daß sie von da an - sie war zu diesem Zeitpunkt 15 Jahre alt - ihre "seelischen Niederstände" datiert.

Sie beendete eine kaufmännische Lehre und lernte, nachdem sie noch keine engeren Beziehungen zu anderen Männern hatte, ihren jetzigen Gatten kennen, den sie bald darauf heiratete. Im kurz darauf ausbrechenden zweiten Weltkrieg verlor sie ihren Bruder, der ihr schon zuvor mit seinem leichtsinnigen Verhalten und kleinen Betrügereien Kummer bereitet hatte. Er wurde wegen Fahnenflucht erschossen. Zusammen mit ihrer Mutter wurde sie nach Sachsen angesiedelt, floh aber von dort aus ins Rheinland.

In die Flucht- und Lagerzeit 1947 fällt ihre erste Depression, die sie mit Siechtum und Tod der Mutter in Verbindung bringt.

In den nächsten Jahren, die größtenteils von den Problemen des Hausbaus ausgefüllt sind, baut sie sich ihre Existenz und ihren Bekanntenkreis in B. auf und findet zu dem für sie charakteristischen Lebensrhythmus, der ganz von Haushalt und Familie bestimmt wird. Die energische, hilfsbereite und kontaktfreudige Frau wird von den Nachbarn geschätzt, die sie gerne in ihren Familienkreis mit einbezieht.

Das ruhige, regelmäßig ablaufende Leben von Frau K. wird nur durch die beiden 1971 und 1973 stattfindenden Depressionen unterbrochen, die von da an neben den Dingen des Haushaltes eine beherrschende Stelle in ihrem Selbstverständnis einnehmen, obwohl sie zur Zeit vollkommen kompensiert erscheinen.

Frau B.

Frau B., 45 Jahre alt und mit ihrem Ehemann, 17jähriger Tochter, Schwägerin und deren Ehemann in einem Zweifamilienhaus in B. wohnend, arbeitet neben ihrem Haushalt halbtags als Raumpflegerin, während ihr Mann als Angestellter eines großen Automobilwerkes beschäftigt ist. Sie stammt aus einer Handwerkerfamilie und wuchs zusammen mit ihrem Bruder in dörflicher Atmosphäre auf, die sich umso mehr auf sie auswirkte, als sie bis zu ihrer Heirat bei ihren Eltern lebte und während dieser Zeit den Großraum Mainz nur einmal verließ.

Ihre Erziehung war überaus streng, unterdrückte und negierte sexuelle Momente und stand besonders unter religiösen Aspekten. Trotz der Belastung durch Umwelt und familiäres Milieu und trotz ständiger, weit über ein normales Maß hinausgehender Zwistigkeiten mit ihrem Bruder empfindet sie retrospektiv ihre Kindheit als glücklich, sorglos und abgeschirmt.

Bald nach ihrer Heirat zog sie in das Nachbardorf um und lebt seither mit ihren Angehörigen in loser Wohngemeinschaft. Das belastet sie wegen laufender Unstimmigkeiten erheblich. Trotzdem wird sie als heiter, kommunikationsbereit und hilfsbereit geschildert und fühlt sich auch subjektiv nach Überwindung sexueller Schwierigkeiten durchaus wohl.

1962, nach dem Umbau des Hauses, trat die erste Depression auf - von ihr allerdings in Zusammenhang mit einer Erkrankung ihrer Tochter gebracht. Sie fand danach wieder zu ihrem normalen Lebensrhythmus zurück, der wie bei Frau K. seinen Mittelpunkt in Haushalt und Familie hat und streng reglementiert ist.

Die zweite Depression (1970), welche ohne erkennbare Kausalzusammenhänge mit markanten äußeren Gegebenheiten auftritt, ist bis jetzt noch nicht kompensiert, obwohl sich Frau B. zur Zeit in aufgehellter Stimmungslage befindet.

Frau P.

Frau P. ist 54 Jahre alt und wurde in der Nähe von Göttingen als Bauerntochter geboren. Zusammen mit ihrem älteren Bruder wuchs sie zunächst auf dem Dorfe, anschließend in Hannover auf, wo ihre Eltern ein Haus besaßen. Ihre damaligen Familienverhältnisse bezeichnet sie als ruhig und gesichert, sie selbst schloß sich eng an den Vater an, während ihr Bruder in besonders innigem Verhältnis zur Mutter stand. Sie erwähnt außerdem ihre besonders intensive Bindung an die Tante. Diese Bindung wird allerdings - was sie als frühestes kindliches Frustrationserlebnis empfindet - durch die Geburt einer Tochter der Tante unterbrochen.

In Hannover besuchte Frau P. mit Freundinnen die Handelsschule und absolvierte anschließend auf Wunsch der

Eltern eine kaufmännische Lehre. Als sie als Verkäuferin arbeitete, lernte sie ihren jetzigen Ehemann kennen, heiratete ihn bald darauf und übersiedelte nach der Geburt einer Tochter mit ihm für vier Jahre nach Amerika, wo er als Diplomingenieur tätig war. Beide kehrten anschließend nach Köln zurück, zogen nach Hannover, Wiesbaden und später nach B., wo sie in einer luxuriös eingerichteten Drei-Zimmer-Wohnung leben.

Bald nach dem letzten Wohnungswechsel traten bei Frau P. Depressionen auf. Es bleibt zu bemerken, daß sie einerseits von anerzogenem Klassenbewußtsein und tiefverwurzelter Passivität abgehalten wird, sich selbst eine Stellung zu suchen, andererseits aber unfähig ist, in ihrem Haushalt den angemessenen Wirkungskreis zu sehen. Obgleich sie die Depressionen auf die Tatsache zurückführt, daß ihr Mann sie aus geschäftlichen Gründen oft tagelang sich selbst überlassen muß, liegt die Vermutung nahe, daß es sich um Umzugsdepressionen handelt. Frau P. befindet sich trotz zeitweilig aufgehellter Stimmungslage in einem noch nicht vollständig stabilisierten Zustand von Resignation und Entschlußlosigkeit.

Frau B.

Die 36jährige Patientin wohnt mit ihrem Ehemann, einem kaufmännischen Angestellten, ihren beiden 6- und 9jährigen Söhnen sowie Vater und Tante in einem gutbürgerlichen Zwei-Familien-Haus in einem Mainzer Vorort. Sie wuchs in Mainz als Angestellten-Tochter unter Bedingungen auf, die sie als äußerst belastend empfand. Hierbei betont sie besonders die strenge, stark religiös gefärbte und prüde Erziehungsweise der Mutter, die groben körperlichen Maßregelungen des Vaters und die ständigen Meinungsverschiedenheiten mit dem schwächlichen jüngeren Bruder. Sie wurde schon früh in eine aggressiv-abwehrende Haltung gegenüber

der Umwelt getrieben, die sie wegen des scharfen Widerspruchs zu ihrem Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Anlehnung in ständige innere Spannung versetzte.

Obwohl sie sich in der Schule durch gute Leistungen auszeichnete, wurde sie als Mädchen nicht auf die Oberschule geschickt und arbeitete anschließend als Sekretärin. Bald darauf heiratete sie ihren jetzigen Ehemann, weil er als einziger ihrer Bekannten ihren hohen sexualmoralischen Maßstäben gerecht wurde. Die energische und rastlose Patientin war mit kurzen Unterbrechungen bis jetzt beruflich tätig.

Ihre beiden Depressionen von 1968 und 1973/74 sind zeitlich nur lose mit dem Umzug in das Haus und Unstimmigkeiten innerhalb der sechsköpfigen Wohngemeinschaft korreliert, werden von ihr aber auf das sich ständig verschlechternde Verhältnis zu ihrem Mann bezogen. Die ausgeprägten manischen Phasen wirkten sich in erheblichem Maße störend auf die familiären Interaktionen aus, zumal sie ihr psychisches Gleichgewicht auch jetzt noch nicht wiedergefunden hat.

3. Interaktionsmuster in der Primärfamilie

Da die Primärfamilie im Mittelpunkt des Denkens der Patientinnen steht und von ihnen immer wieder erwähnt wird und da deren Struktur bei den meisten Depressiven auffallend gleichartig gestaltet war - außer den Eltern konnte der Wohngemeinschaft noch ein Bruder angehören, der jünger oder älter sein konnte - bietet es sich an, eine vergleichende Untersuchung über die Mitglieder der Familie anzustellen und die Position des jetzigen Melancholikers innerhalb dieses Kreises zu analysieren. Zudem demonstrierten alle Frauen ein relativ ausgeprägtes Zugehörigkeitsgefühl, besonders zu den Eltern, was sich nach außen hin dadurch zeigte,

daß sie bis zur Heirat trotz recht beengter Wohnverhältnisse zuhause lebten und täglichen Kontakt mit der Familie hatten. Frau B. blieb auch nachher mit ihrem Mann im Hause der Eltern. Nur Frau K. war zeitweise durch Krieg und Deportation von der Familie getrennt, nahm aber daraufhin trotz eigener Heirat ihre schwerkranke Mutter in ihre Familie auf, wo diese bis zu ihrem Tode wohnte.

Dieses Feld soll nun zu Beginn unserer Untersuchungen analysiert werden, um die Position des Patienten und seine Beziehung zu den für ihn entscheidenden Personen darzustellen. Es läßt sich eine gewisse Pathologie seiner Kindheit aufzeigen, die in Relation zu seinem späteren Verhalten gesetzt werden kann.

a) Dominanz der Mutter

Das Verhältnis zur Mutter ist schon seit frühester Kindheit besonders intensiv und variantenreich. Die Mutter erreicht ihre Stellung als Zentralperson in der Primärfamilie durch die Kultivierung dreier spezifischer Verhaltensweisen: Tüchtigkeit, Ordnungsliebe und - was nicht bei allen festzustellen war - Distanz zu den anderen Familienangehörigen. Wenn man die Frauen nach der charakteristischen Eigenschaft der Mutter befragt, wird zuerst auf ihre Tüchtigkeit hingewiesen, teils mit Stolz, teils mit widerwilliger Anerkennung, teils mit Resignation. Sie scheint ihren Aufgabenbereich, den Haushalt, perfekt auszufüllen und darüber hinaus keine weiteren Interessen zu zeigen. Sie ist bemüht, dieses Ideal an ihre Tochter weiterzugeben, die schon früh zu hausfraulicher Tätigkeit angehalten wird.

Weitaus bezeichnender ist aber die abnorme Ordnungs- und Sauberkeitsliebe. So berichtet eine Frau, daß ihre

Mutter den größten Wert darauf legte, alle Gegenstände, die vorübergehend von ihrem Platz entfernt wurden, exakt wieder dorthin zu legen. Eine andere erzählt: "Meine Ordnungsliebe ist bei mir schon sehr ausgeprägt - das hatte ich schon früher als Kind. Da durfte mich niemand anfassen, wenn ich ein frisches Kleid anhatte. Und das habe ich heute noch. Das können Sie nicht aus sich herausholen, wenn sie früher gewöhnt waren, immer sauber zu sein." Es wurde größten Wert darauf gelegt, daß die äußere Erscheinung der Kinder immer tadellos und adrett war und alle Grundsätze körperlicher Hygiene beachtet wurden. Letzteres zeigt sich besonders bei Frau B., deren Bedürfnis es ist, jeden Tag mehrmals längere Zeit unter der Dusche zuzubringen. Die Kinder wurden früh im Haushalt beschäftigt - vor allem beim Putzen - und durften erst dann zum Spielen, wenn die Schularbeiten beendet und das Zimmer aufgeräumt waren.

Die Fürsorge der Mutter für ihre Kinder konnte alle Phasen durchlaufen, von Selbstaufopferung bis Tyrannei. Frau K. betont die Uneigennützigkeit der Mutter: "Das einzige, was sie (die Mutter) vom Leben verlangte, war nur, daß sie ihre Ruhe hatte." Frau B. erinnert sich jedoch einer Situation, in der ihr die Mutter drohte: "Ich muß auf Dich aufpassen. Wenn etwas passiert, schlage ich Dich tot!" Hierbei bezieht sich das Wörtchen "etwas" auf sexuelle Beziehungen zu Altersgenossen, die streng verboten waren. Sowohl Frau P. als auch Frau E. leiden jedoch unter der herrischen Art der Mutter und der kühlen, zärtlichkeitsfernen Distanz, die sie zu ihnen hält. Sie charakterisieren sie als nachtragend, wobei sich Frau E. folgender Episode aus ihrer Kindheit erinnert: "Sie hat uns immer nachgetragen, wenn wir mal frech waren ... Ich kann mich erinnern, ich habe mal vor meiner Mutter gekniet und gesagt: 'Mama, sei mir doch wieder gut!' Da hat sie gesagt: 'Du freches Dreckmensch, mach Dich fort, ich will Dich nicht mehr sehen!'"

Die Erziehung der Kinder wird von der Mutter überwacht. Sie ist die Schlüsselfigur im Haushalt, die dominante Person innerhalb der Familie und setzt die Maßstäbe für das spätere Verhalten der Töchter. Das Reaktionsbild auf ihre verschiedenen Charakterzüge ist komplexer Natur: Die Tochter ordnet sich der souveränen Persönlichkeit unter und bemüht sich um Anerkennung. Gleichzeitig hofft sie, das Vertrauen der Mutter zu erwerben, indem sie sie zu kopieren versucht. Man merkt jedoch bei einigen Patienten leises Widerstreben, beginnende Auflehnung und einen Anklang jener Aggression, die später zu einem charakteristischen Wesenszug der Depressiven werden soll. Eine gewisse Hörigkeit, die sich darin ausdrückt, daß einige Frauen auch später noch längere Zeit mit der Mutter zusammenleben wollen und ihr keinen Wunsch abschlagen können, kontrastiert auffallend zu der Tatsache, daß sich andere wiederum durch die enge Bindung ihrer Mutter an sie und den erzwungenen täglichen Kontakt - meist nach dem Tode des Vaters - belastet fühlen.

Dialog über das Verhältnis zur Mutter

In vieler Hinsicht typisch für eine retrospektive Charakteranalyse ihrer Mutter ist folgendes Gespräch, das ich mit Frau P. führte. Teilweise untypisch jedoch ist die Folgerung, die sie daraus für ihr eigenes Verhalten zieht. Als ich sie am Anfang unserer Bekanntschaft bat, mir ihre Mutter vorzustellen, wurde mir folgendes Bild vermittelt:

Frau P.: "Also es gab nichts, was sie nicht konnte, im Haushalt vor allem. Sie machte alles selbst - einkochen und kochen."

Befrager: "Und wenn es nichts zu tun gab?"

Frau P.: "Sie war immer beschäftigt. Entweder sie hat gelesen oder sie hat gehandarbeitet. Sie nähte viel selbst. Diese Nähmaschine zuhause hat mich krank gemacht, weil sie (die Mutter) dann drei Zimmer in Anspruch nahm, und sie brauchte alle Zimmer für sich."

Befrager: "Sie nähren aber nicht in Ihrer Freizeit, oder?"

Frau P.: "Um Gottes willen, solche Frauen hasse ich. Dieser schlichte Muttityp! Wenn ich schon das Geräusch einer Nähmaschine höre, werde ich verrückt! Die käme mir nie ins Haus. Wissen Sie, ich könnte ja auch halbtags arbeiten, aber mein Mann sagt immer: 'Das hebt Dich aus der großen Masse heraus.' Das ich nicht arbeite. Ich bin die einzige Frau in der ganzen Kolonie in B., die nicht arbeitet. Ich bin ringsherum mutterseelenallein. Wie schrecklich, sagen Sie mal, wie schrecklich!"

Befrager: "Glauben Sie, daß Ihre Verhaltensweise von dem früheren Verhalten Ihrer Mutter geprägt ist?"

Frau P.: "Ja, bestimmt."

Befrager: "Würden Sie sagen, daß sie die dominante Person in der Familie war?"

Frau P.: "Ja, das war sie wohl. Sie hat uns eigentlich nicht gestört, aber sie war immer da und hat alles organisiert und alles gemacht und hat die Arbeit eingeteilt."

Befrager: "Hatte sie noch andere charakteristische Eigenschaften?"

Frau P.: "Ich glaube nicht - oder vielleicht - wenn wir etwas ausgefressen hatten, dann hat sie uns vollkommen links liegengelassen. Und das war schlimmer, als wenn sie mir eine runtergehauen hätte. Ich war sehr weich, und sie wußte genau, daß mich das am meisten traf."

Befrager: "Vermißten Sie Zärtlichkeit zuhause?"

Frau P.: "Ja, manchmal. Ich weiß noch, wie ich mal verreist war, und Mutti stand auf dem Bahnhof und wollte mich empfangen, und da habe ich furchtbar geweint und habe gesagt: 'Ich habe auch gar kein Heimweh gehabt.' Und sie hat mich nicht in - na ja, ich erwartete nun, daß sie mich vielleicht in den Arm nahm. Das tat sie nicht. Sie konnte es nicht."

Bei einem späteren Gespräch ergänzt Frau P. ihre Aussage.

Frau P.: "Ich war oft bei meiner Tante. Die war so ein Mensch, der die ganze Familie zusammenhielt. Sie war sehr kinderlieb, hatte aber selbst keine Kinder. Ich war oft bei ihr und ich glaube, ich bekam da die Zärtlichkeit, die ich zuhause bei meiner Mutter vermißte. Als sie später doch ein Kind bekam, wollte ich nichts von ihm wissen, denn da hatte ich schon das Gefühl: Da ist jetzt jemand, der dich verdrängen will."

Befrager: "Und später?"

Frau P.: "Ich mußte immer auf das Kind aufpassen, und ich konnte es nicht leiden. Ich habe es gehauen und gesagt: 'Wenn Du was zuhause sagst, kriegst Du noch mehr.'"

Die zwei typischen Eigenschaften ihrer Mutter haben bei Frau P. zu zwei besonderen Verhaltensmodi geführt. Die ihr geradezu abnorm erscheinende Tüchtigkeit - sie wird in späteren Gesprächen mit dem Ausruf "wie schrecklich!" kommentiert - hat sie in eine oppositionelle Position getrieben. Ihre hausfraulichen Tätigkeiten beschränkten sich daher auch schon vor Ausbruch der Depression auf ein abso-

lutes Minimum und hatten einen mehr repräsentativen Anstrich. Garten- und Handarbeiten empfindet sie als Äußerungen lächerlichen Spießbürgertums, und durch eine Halbtagsarbeit würde sie sich als der Masse zugehörig fühlen. Sie stellt zwar selbst die Beziehung zu ihrer Vereinsamung her, ist jedoch de facto nicht in der Lage, ihre Erkenntnisse in eine offenere Verhaltensweise umzumünzen. Gegenüber den anderen Frauen ist sie die einzige, die so reagiert, während jene um eine möglichst genaue Kopie des mütterlichen Ideals besorgt sind. Im Gespräch offenbart es sich darin, daß sie sich gewissermaßen mit Vater und Bruder solidarisch erklärt: "Sie hat uns eigentlich nicht gestört", was zu einer Polarisierung innerhalb der Familie führt.

Zeichnet sich Frau P.'s Mutter auf der einen Seite durch ein offensichtliches Überangebot an hausfraulichen Tugenden aus, so wird ihre Distanz zu der Familie als ausgesprochener Mangel empfunden, zumal Frau P. ihr unterstellt, daß sie um die Sensibilität ihres Kindes gewußt habe. In der Szene am Bahnhof hätte das Schuldgefühl des Kindes durch eine begütigende Geste aufgehoben, hätten die kindlichen Verfehlungen besprochen und vergeben werden können. Als dies nicht geschieht und die Mutter auch in anderen Fällen in ihrer Kühle verharrt, sucht sich das Mädchen in ihrer Tante einen Ersatz zur Befriedigung ihres Zärtlichkeitsbedürfnisses. Als sie auch hier nach der Geburt eines Kindes in den Hintergrund gedrängt wird, wird das Kind zum Objekt ihrer Enttäuschung und Wut. Erst als sie ihren Mann kennenlernt und eine eigene Familie gegründet hat, fühlt sie sich genügend umsorgt und behütet.

c) Passivität des Vaters

Die starke Fixierung der Depressiven auf ihre Mutter drückt sich darin aus, daß sie sie von Anfang an häufiger erwähnen, sie mit charakteristischen Eigenschaften

ausstatten und ihr so einen differenzierten Umriss verleihen. Der Vater bleibt indessen lange eine verschwommene Figur, nur vage beschrieben und anscheinend ohne hervorstechende Merkmale. Nach eingehender Befragung stellt sich dann heraus, daß zwei grundsätzlich konträre Vaternotypen das Bild beherrschen.

Frau E. und einige andere bezeichnen ihn als strengen, bisweilen groben und cholerischen Menschen, der sich aber nichtsdestoweniger zuhause meist dem Regiment seiner Frau beugte. Dazu Frau E.:

"Es war alles kalt und nichts. Andere Kinder haben ihren Eltern einen Kuß gegeben, wir nie. Hätte er nur mehr Liebe gezeigt, mehr Entgegenkommen, mehr Unterstützung geboten bei anderen Leuten ..."

Befrager: "Kann das nicht auch an Ihnen gelegen haben?"

Frau E.: "Ich bin der Abklatsch von meinem Vater, ich bin nur nicht so frech. Mein Vater ist ein frecher Mann. Aber das liegt in seinem Milieu, aus dem er kommt. Dafür kann er nichts. Früher habe ich ihm zugesetzt, wollte ihn bessern, ändern."

Sie erzählt daraufhin ein Ereignis aus ihrer Schulzeit, wobei ihr Vater sie bei einer körperlichen Züchtigung so verletzte, daß sie ärztlicher Behandlung bedurfte. Diese Äußerung, die ihrer manischen Phase entstammt und deren Akzente auf Verachtung des Vaters einerseits und auf Selbstbezeichnung andererseits liegen, verdeutlicht nochmals den Mangel an Liebe und Zuneigung, den viele Depressive schon in ihrer frühen Kindheit erleben.

Frau P., Frau K. und andere schildern ihren Vater im Gegensatz dazu als ruhigen, gütigen und verständnisvollen Menschen, mit dem sie sich verbunden fühlen und der sich ihren

Sorgen widmet. - "Der nahm sich Zeit, machte gern Spiele mit den Kindern." - Er ordnete sich seiner Frau unter - "Er tat alles, was meine Mutter wollte." und bildete den ruhenden Pol der Familie. Frau K. und Frau P. glauben, dem Bruder vorgezogen worden zu sein und erinnern sich daran, wie stolz der Vater auf sie gewesen sei.

Insgesamt wird der Eindruck erweckt, daß sich Vater-Tochter-Diaden gegen die absolute Herrschaft der Mutter bilden, obwohl der Vater vielleicht die größere Zuneigung, nicht aber mehr Respekt genießt. Es finden offenbar kaum Blockbildungen der Eltern gegen die Kinder statt. Die Ausnahme bildet die Forderung nach sexueller Enthaltsamkeit, die bei Frau K., Frau B. und Frau E. besonders heftig diskutiert wird. In diesem Bereich reichen die Drohungen beider Elternteile bis zum Totschlag und zur Ausstoßung aus dem Familienverband.

d) Der Bruder als schwarzes Schaf in der Familie

Die vier Frauen, mit denen ich in Kontakt stehe, haben jeweils einen jüngeren oder älteren Bruder, zu dem sie in einer ganz besonderen Beziehung stehen. Stellvertretend für die anderen möchte ich hier den Fall des jungen K. anführen, der die brüderliche Wesensart in überspitzter und darum umso eindrucksvollerer Weise zeigt.

Der junge Mann wird als gutmütig und leichtsinnig geschildert. Nach dem Tode seines Vaters beginnt er im Alter von 17 Jahren zu trinken, wird bei einigen Gelegenheitsdiebstählen ertappt und landet, als er den seiner Mutter gestohlenen Schmuck versetzt, im Gefängnis. Seine jüngere Schwester, die jetzt depressive Frau K., übernimmt es, ihn bei den Betroffenen zu entschuldigen und ihm zu helfen, das Diebesgut zurückzugeben. "Er war im Grunde genommen ein guter Mensch", erklärt sie heute, um gleich hinzuzufügen: "Wenn er Geld hatte, hatte er viele Freunde."

Als er im Alter von 21 Jahren an die Front mußte, er sich vermutlich in schwieriger Lage sah und vor Aufgaben gestellt wurde, die seinen labilen Charakter überforderten, wurde er schließlich wegen Fahnenflucht erschossen. Während die Mutter sich, als sie die Nachricht erhält, von ihm abwenden will, hält Frau K. auch dann noch zu ihm und begründet sein Verhalten heute so: "Er ist vielleicht in das Größte hineingekommen, wo ihn auch die Nerven verlassen haben."

Tatsächlich scheint die Mehrzahl der Brüder charakter-schwach und labil zu sein. Frau B. konnte mit dem ihren nie harmonieren, da er sich als arbeitsscheu und lethargisch erwies. Sie wurde deshalb von den Eltern vorgezogen. "Mit dem habe ich mich nie vertragen. Der wollte nicht so schaffen wie ich." Als sie ihre eigene Familie gegründet hatte, wurden ihre Beziehungen wenn möglich noch schlechter, da sie wegen finanzieller Streitigkeiten aneinandergerieten.

Jeweilige charakterliche Übereinstimmungen in der Familie der Frau P. hatten zur Bildung von Mutter-Sohn- und Vater-Tochter-Diaden geführt. Ihr Bruder, herrisch und eigensinnig, war der einzige, der sich gegen die starke Stellung der Mutter aufzulehnen vermochte und wurde von ihr bevorzugt behandelt. Frau P. erklärt: "Das waren die selber schuld, die ganze Familie, weil die ihn so verzo-gen hatten. Das wirkte sich nachher so aus, daß er immer nachts nicht nach Hause kam und, oh, so unsolide war. Meine Mutter war immer ganz fertig." Er empfand die brave jüngere Schwester als lästig, ihr Verhältnis zueinander besserte sich jedoch, nachdem beide erwachsen geworden waren. Frau E. unterdrückte den willensschwachen Bruder, was sich erst ändert, als mit steigendem Alter die Kräfte-verhältnisse wechseln. Sie kommt zwar bis zum Einsetzen der ersten Depression gut mit ihm aus, bezeichnet ihn aber als "Schwächling" und "Angeber".

Andere Formen des geschwisterlichen Miteinanderlebens zeigen sich bei den übrigen Patienten. Sie werden als Nesthäkchen verwöhnt, sind von den Eltern in hohem Maße abhängig und ordnen sich den persönlichkeitsstarken Geschwistern unter. Demzufolge ist ihr Durchsetzungsvermögen viel geringer als das der anderen, und sie werden sich auch später im Rahmen der eigenen Familie besonders kleinlich, engstirnig und pedantisch benehmen. Eine Frau beklagt sich überdies darüber, zwischen Mutter und Geschwistern aufgrund der in ihr vermuteten seelischen Stärke die Funktion eines Prellbocks und Seelsorgers zudiktiiert bekommen zu haben. Da sie sich ihrer Schwäche bewußt ist, fühlt sie sich in dieser Rolle überfordert.

Während die meisten Mädchen als fleißig, ruhig und leicht lenkbar beschrieben werden, spielen die Brüder mehr oder weniger die Rolle des schwarzen Schafes in der Familie. Aus dieser Konstellation und der Tatsache heraus, daß einer der Geschwister spürbar vorgezogen wird, ergibt sich bei Frau B. und Frau K. eine erhebliche Distanz zwischen den Geschwistern. Bei Frau K. bereinigt sich das Bewußtsein charakterlicher Überlegenheit mit mütterlicher Fürsorge, die den Bruder umso abweisender reagieren läßt. Der Trieb, andere zu umsorgen, ist auch heute noch einer ihrer fundamentalen Wesenszüge und wird auf den gesamten Bekanntenkreis und mich ausgedehnt. Frau B. und Frau E. kümmern sich wenig um den Bruder. Frau P., die immer in seinem Schatten stand, ordnet sich seinem herrischen Wesen unter und bewundert seine Aktivitäten. Das scheint mir einer der Gründe zu sein, warum sie auch heute noch umsorgt und beschützt werden will, einen ebenso herrischen Mann geheiratet hat und eine rein passive Rolle in der Familie spielt.

e) Weitere Kontaktpersonen in der Kindheit

Alle Frauen durchlebten im Kreise ihrer Verwandten, Bekannten und Freundinnen eine durchaus normale Kindheit. Sie waren immer aktiv an Spielen und gemeinsamen Unternehmungen beteiligt, kontaktfreudig und neuen Bekanntschaften offen. Die fürsorgliche Art von Frau K. drückte sich darin aus, daß sie bedürftigen Mädchen einige ihrer Kleider schenkte. Allerdings zeigte sie sich verletzt und gekränkt, als die Kleiderchen, die ihre Mutter angefertigt hatte, nicht mit der gebührenden Sorgfalt behandelt wurden und nachher sogar Flecken aufwiesen. Frau B. verdingte sich schon früh bei Bekannten als Babysitter und war stolz darauf, daß sie deren großes Haus alleine hüten durfte. Sie wird als liebes und hilfsbereites Kind beschrieben.

Frau E., die manisch-depressive Patientin, erlebte ihre Umweltbeziehungen allerdings folgendermaßen:

Befrager: "Fangen Sie bei ihrer Kindheit an."

Frau E.: "Also, ich bin geboren am 9. 11. 1930, und so wie meine Mutter mir gesagt hat, war ich früher als Säugling ein sehr braves Kind. Als ich anfang mich zu entwickeln, ist es mit mir schwieriger geworden. Mit zunehmendem Alter bin ich immer bössartiger geworden. Ich war trotzig, ich war schon als Kind ein radikales Biest. So daß mein Lehrer mal zu mir gesagt hat: 'Dir schlag ich mit 'nem Schläppchen - das sind Hausschuhe - noch dreimal auf die Schnut, wenn Du tot bist, damit Du sie endlich hältst.' Und eben dieser besagte Lehrer ist vor zwei Jahren selber gestorben, und da hab ich dem noch ins Grabloch geguckt. Vom ersten bis vierten Schuljahr hatte ich eine Lehrerin. Die hat uns an Weihnachten immer ein Krippenspiel spielen

lassen, und da habe ich immer die Hauptrolle gespielt. Und da hatte sie sich immer besonders fein gemacht an diesem Tag. Und da kam sie an diesem bewußten Krippenabend, Krippen-vormittag, und da hatte sie eine Spachtel-spitzenbluse angehabt - das ist eine sehr teure Spitze. Und ich hab jeden Tag von der auf die Backe gehauen gekriegt, jeden Tag, egal, was war. Ich habe hinten gesessen auf dem ersten Platz, denn ich war mit Abstand die beste Schülerin. Ich hatte immer Einsen. Auf jeden Fall war ich schon als Kind sehr selbstbewußt. Also, die Lehrerin ist an diesem bewußten Tag gekommen und hat gesagt: 'Hildegard, hol' Dir eine ab!' Weil ich halt meinen Mund nicht halten konnte. Ich habe immer da hinten gesessen und die ganze Gesellschaft mit unterhalten. Und wie sie das gesagt hat, habe ich mir gedacht: 'Und Du kriegst heute von mir einen Tupfen auf die neue Spachtelspitzenbluse, so schnell hast Du nicht geguckt.*' Und da war ich zehn Jahre alt. Und da bin ich rausgekommen - wir waren eine gemischte Klasse: Buben und Mädchen - und das war mir immer sehr peinlich, wenn ich auf die Backe gehauen wurde. Also, jeden Tag, es ist kein Tag vergangen, es sei denn mein Geburtstag, an dem ich nicht auf die Backe gehauen wurde, von der. Und da bin ich also raus und hab mir eine abgeholt. Und da hat sie rechts, links geschlagen, peng, peng hab ich sie jedesmal auf die Backe gekriegt, und das Ende vom Lied war, daß meine Nase wieder geblutet hat wie jeden Morgen. Ich hab' gemerkt, wie das so warm da vorne runterlief, und da hab' ich die Nase gerümpft und hab' ihr voll - so: pppffft - vorne auf die Spachtel-spitzenbluse das ganze Blut druffgeblasen. Und da war sie so wütend, da hat sie mich über die Bank gelegt und mit dem Stock abgezogen, und das Krippenspiel ist abgeblasen worden.

Und so ging das weiter durch meine ganze Kindheit: Wenn ich sie daheim nicht gekriegt habe, habe ich sie auf der Gasse gekriegt, wenn ich sie nicht auf der Gasse gekriegt habe, habe ich sie in der Schule gekriegt. Wenn ich sie nicht in der Schule gekriegt habe, habe ich sie von den Eltern von den Kindern, die ich verhaue habe, gekriegt. Für einmal verhaue habe ich sie dreimal gekriegt. Aber die Eltern von den Kindern waren noch so unfair. Die sind erst heim zu meinen Eltern und haben dort sich beschwert. Da hab' ich sie daheim gekriegt. Dann sind sie in die Schule und haben sich dort beschwert. Und da hab' ich sie in der Schule gekriegt. Und dann haben sie mich noch auf der Gasse abgepaßt, und dann hab' ich sie da gekriegt. So habe ich eine Kindheit hinter mir."

Befrager: "Und weshalb das alles?"

Frau E.: "Ich war halt ein zu freches Kind."

Sicher ist hier aufgrund der manischen Phase, in der sich Frau E. befand, und als Folge von Wichtigtuerei und übertriebenem Selbstmitleid einiges verzerrt und entstellt wiedergegeben - in manchen Passagen bemerkt man deutlich die für die Manie typische Gedankenflucht. Aber man stellt doch fest, daß die Patientin schon in ihrer Jugend Aggressionen gegen die Umwelt, und zwar nicht nur gegen die Erwachsenen, entwickelt, die dann mit Beginn der Depression wieder vermehrt auftreten. Sie fühlt sich durch die Prügelstrafe jedoch letztlich nicht falsch behandelt, sondern akzeptiert sie als die ihren Unarten angemessene Zuchtmethode.

Frau P. pflegt besonders intensive Beziehungen zu ihrer Lieblingstante, da sie bei ihr all die Zuwendung findet,

die ihr von der kühlen und geschäftigen Mutter versagt bleibt. Als die Tante dann ein Kind bekommt, fühlt sie sich zurückgesetzt, tyrannisiert das Mädchen und nimmt ihm die Spielsachen fort. Die Patientin erinnert sich an eine Episode, in der sie dem Kind das Fahrrad fortnahm, um selbst damit zu fahren, und dann die Tante belog. Nachdem die Wahrheit herausgekommen war, wurde sie mit Nichtbeachtung gestraft: "Die hat keinen Ton gesagt. Da hat sie drei Tage lang nicht mit mir gesprochen. Ich habe jede Nacht geweint. Und das war meine Lieblingstante." Die Reaktion der Tante trifft sie besonders hart, da dies genau dem Verhaltensschema ihrer Mutter entspricht.

Der bunte Freundes- und Bekanntenkreis der Patientinnen engt sich im Laufe der Zeit immer mehr ein. Brieffreundschaften brechen ab, und mit der Heirat erlischt meist die letzte Verbindung zum früheren Milieu. Dies ist umso auffälliger, als im Gegensatz dazu ihre Geschwister sich als erheblich freier, mutiger und weltoffener herausstellen, während sie sich immer mehr auf die eigene Familie und den überschaubaren Lebens- und Wohnbereich beschränken. Diesem gilt ihr einziges Interesse; er wird ihr Wirkungsfeld, in das sie alle Kraft und allen persönlichen Einsatz investieren und aus dem sie ihre einzige Freude und Befriedigung ziehen.

4. Konsequenzen für das Rollenverhalten des Depressiven

a) Allgemeine Verhaltensweisen des Depressiven

Aus den oben dargestellten Beziehungen der Depressiven zu ihren Kontaktpersonen während der Kindheit ergibt sich eine bestimmte Position des Patienten im Rahmen der Primärfamilie. Die Querverbindungen, die zu jedem einzelnen Angehörigen bestehen, bedingen ein festgelegtes Reaktionsschema, aus dem sich wiederum das Rollenverhalten in der Sekundärfamilie und den weiteren Kontaktpersonen ergibt.

sonen gegenüber ableitet.

In ihrer Auffassung von Lebensinhalt und Seins-Zweck identifizieren die späteren Depressiven sich weitgehend mit den Anschauungen der Mutter und versuchen, sich die zentrale Stellung innerhalb der Familie anzueignen und einen umgrenzten Aufgabenbereich wahrzunehmen. In diesem Zusammenhang entfalten sie eine enorme Perfektion.

Trotz ihres eifrigen Engagements im Haushalt sind jedoch die meisten Patientinnen der Ansicht, daß sie den sich selbst gestellten Aufgaben nicht genügen, da sie ihre Leistungen an denen der Mutter messen. Daraus resultiert das für sie typische Insuffizienzgefühl. Im Falle einer Depression pflöpft sich das Versagen im Haushalt ihrer inneren Unsicherheit auf und führt über immer geringere Selbstbewertung zu dem circulus vitiosus, der im günstigsten Fall in den Klinikaufenthalt einmündet. Das hohe Pflichtbewußtsein und pointierte Verantwortungsbewußtsein einerseits und die zwangsläufige Abgrenzung ihres Wirkungsbereiches andererseits rufen in den Familiengemeinschaften der Depressiven eine ungemütliche und muffige Atmosphäre hervor, einen hektischen und perfektionierten Betrieb. Der ihnen anerzogene Ordnungssinn und das Gefühl, immer noch unzulänglich zu sein, führen besonders kurz vor und in der Anfangsphase der Depression zu Zwangshandlungen, die von den restlichen Familienmitgliedern gerne als Putzfimmel bezeichnet werden - eine abnorme Sucht, Sauberkeit und Ordnung zu schaffen -, die jedoch Gradmesser ihrer psychischen Verfassung sind.

Auf meine Frage an Herrn K., ob er die psychische Situation, in der sich seine Frau jeweils befindet, abschätzen könne, antwortet er unter anderem: "... Ich merke genau, wann es ihr wieder schlecht geht. Dann fängt sie an zu putzen und zu räumen und in den Schränken zu kramen ..."

Die relativ kühle Atmosphäre in den meisten Elternhäusern und die Unfähigkeit der Mutter, ihnen ein gewisses Maß an liebevoller Zuwendung zukommen zu lassen, bedingt bei den überdurchschnittlich empfindsamen und sensiblen Frauen ein hohes Anlehnungs- und Zärtlichkeitsbedürfnis, das die Ehemänner - obwohl als "gut" und "liebevoll" bezeichnet - nicht immer ausreichend befriedigen können. Während Frau E. betont: "Ich war immer sehr liebebedürftig!" und der Meinung ist, ihr Ehemann komme ihr in dieser Beziehung nicht genügend entgegen, glaubt Frau P. zwar, in ihrem dominanten und herrschsüchtigen Mann diese Erfüllung gefunden zu haben, bezahlt aber wie früher bei ihrem Bruder einen hohen Preis durch Aufgabe der eigenen Selbständigkeit. Sie geht vollkommen in ihrer untergeordneten Funktion auf. Bezeichnend für sie ist, daß sie, wenn sie von sich spricht, statt "ich" meist "wir" gebraucht. Ihre Unselbständigkeit geht so weit, daß sie bei einem Stadtbummel nicht wagt, allein die Straße zu überqueren und jedesmal hilfesuchend nach meinem Arm greift - auch ein Beweis dafür, wie unsicher und alleingelassen sich viele Depressive fühlen, wenn sie sich aus dem sorgsam gehüteten Lebensbereich entfernen müssen und jenem Fremden und Unwägbaren begegnen sollen, dem sie sonst immer ängstlich ausweichen.

Es ist wahrscheinlich, daß die Unterdrückung der eigenen Persönlichkeit in der Kindheit und die fehlende Möglichkeit der selbständigen Entwicklung die Entstehung der bewußten aggressiven Haltung fördert und somit ihre Umweltbeziehungen entscheidend negativ beeinflußt. Darauf werde ich an anderer Stelle eingehen.

Das komplexe Verhältnis zu den Geschwistern, hauptsächlich zum Bruder, ist durch Fürsorge, Distanz oder Unterordnung geprägt. Es zwingt den Frauen eine entsprechende Rolle in der Sekundärfamilie auf und bestimmt maßgeblich das Verhalten gegenüber Ehemann und Kindern. Die bei Frau K., B. und E. auffallende Neigung, sich anderen Personen unent-

behrlich zu machen, äußert sich besonders dann, wenn die Depression abklingt, aber auch in Zeiträumen psychischer Entspanntheit. Frau E. übernimmt im Krankenhaus mit dem Servieren und dem Leeren von Bettschüsseln die Funktion einer freiwilligen Hilfskraft zur Betreuung anderer Patienten, Frau K. führt für Nachbarn und Bekannte kostenlos Näh- und Bügelarbeiten aus, und Frau B. überträgt ihre Fürsorge hauptsächlich auf die alten und kränklichen Eltern, denen sie neben ihrer beruflichen Tätigkeit und der Betreuung der Familie fast den ganzen Haushalt führt. Wieder beziehen sich die altruistischen Neigungen auf die Standardtätigkeit der Frauen und können daher als eine Ausweitung ihres bekannten Aufgabenbereiches verstanden werden. Das besonders ausgeprägte Auftreten dieser Bestrebungen nach einer Depression kann als Ausdruck einer überschließenden Reaktion auf die von der Depression auferzwungene Tatenlosigkeit gewertet werden und als Versuch, das Bewußtsein eigener Unzulänglichkeit zu verdrängen. Fürsorgliche Tätigkeit für andere wäre hier als Selbstbestätigung aufzufassen.

) Dialog mit Frau K.

Da das Bemühen des depressiven Patienten, sich anderen unentbehrlich zu machen, von der Stabilisierung des eigenen Zustandes abhängig ist, setzt es verstärkt erst in der zweiten Hälfte des Krankenhausaufenthaltes ein. Frau K., in beschränktem Ausmaß auch Frau B. und Frau E., versuchen, die Funktion eines Ratgebers oder Seelsorgers zunächst bei ihren Mitpatientinnen, dann aber auch im weiteren Bekanntenkreis - schließlich auch bei mir - wahrzunehmen.

So berichtet Frau K., wie sie sich im Krankenhaus einer weinenden Patientin näherte, sie beruhigte: "Weinen Sie sich mal aus! Wenn Sie sich ausgeweint haben, dann tun wir beide uns mal unterhalten!" und sich daraufhin um sie kümmerte. Sie steht zur Zeit mit zwei ehemaligen

Klinikinsassen in Verbindung und hat jetzt zusätzlich noch Frau Eb., eine weitere Depressive, unter ihre Fittiche genommen. Der folgende Gesprächsabschnitt beleuchtet ihre Motivation:

Befrager: "Haben Sie wieder etwas von Frau Eb. gehört?"

Frau K.: "Ja, sie hat mir geschrieben. Warten Sie, hier ist der Brief.

Hier, sehen Sie, was diese Frau schreibt: 'Jetzt in meinem Tiefstand waren Sie immer wieder vor meinen Augen. Ich habe mich an Sie geklammert.' Was sagen Sie dazu? Sagen Sie, würden Sie einer Frau, die sich so an Sie klammert, nicht auch helfen?"

Befrager: "Und was wollen Sie jetzt unternehmen?"

Frau K.: "Ich habe sie neulich besucht, und da war sie so dankbar. 'Sie hat mir ein Engel geschickt', hat diese Frau gesagt. Na, wissen Sie, würden Sie sich nicht auch für diesen Menschen einsetzen? Ich habe ihr versprochen, mit Dr. H. zu reden, damit er vielleicht doch einen Platz für sie freimacht."

Befrager: "Und wenn kein Bett für sie frei ist?"

Frau K.: "Dann werde ich mich weiter um sie kümmern. Ich behalte diese Frau in meinen Händen. Ich will eine Stütze dieser Frau sein. Und wenn man diese Frau aus ihrem Tief herausbringt, dann wird sie auch Boden unter den Füßen kriegen. Ich schenke dieser Frau Vertrauen. Ich habe das Gefühl, sie wird mich nicht enttäuschen."

Befrager: "Warum tun Sie das?"

Frau K.: "Ach, ich war schon immer der Typ dazu. Erst geht meine Familie, und was mir da übrig bleibt, kümmere ich mich gern um den anderen."

Befrager: "Und was sagt Ihr Mann dazu?"

Frau K.: "Ach, wissen Sie, mein Mann hat da auch viel zuviel Herz."

Man entnimmt dem ganzen Gespräch, daß es Frau K. hier hauptsächlich um die Stärkung ihres Selbstwertgefühles geht - siehe die häufige Betonung des Pronomens "ich" und die akzentuierte Erwähnung, daß sich die Patientin ihres Vertrauens als würdig erweisen werde. Sie fühlt sich durch die Abhängigkeit der Frau Eb. von ihr geschmeichelt und will sich diese Bindung erhalten. Wie sehr sie auf die eigene Person fixiert ist, geht auch aus ihrem weiteren Verhalten hervor: in dem Augenblick, in dem Frau Eb. ihre gutgemeinten Ratschläge nicht mehr befolgt, reagiert sie mit Enttäuschung, beantwortet gekränkt keinen ihrer Briefe mehr und beschwert sich voller Entrüstung über ihre Undankbarkeit, nachdem sie sich noch zwei Wochen vorher überschwenglich für sie eingesetzt hatte. Die depressive Frau wird mit der Bemerkung: "Also, solche Menschen habe ich sowieso nicht gerne!" abqualifiziert, und Frau K.'s Weltbild mit seiner strengen Trennung in Gut und Böse ist wieder in Ordnung.

Die Parallele, die Frau K. selbst zwischen dem Verhalten des Bruders und dem ihres Sohnes zieht, der ebenso Objekt ihrer Fürsorge ist, wirkt weiterhin erhellend auf ihre Motivation: "Der (der Bruder) hat mich auch gezüchtet, damit ich Dollheiten mitmache (wie der Sohn). Wenn der mich benutzen konnte als Werkzeug, das habe ich getan."

Hier sieht sie sich von einem anderen rücksichtslos ausgenutzt. Zwischen den egoistischen Motiven der Selbstbestätigung und der Angst vor dem Verlust der eigenen Persönlichkeit schwankend, kann es zum plötzlichen Konflikt kommen. Als sie bei ihrem Sohn die gleichen Tendenzen wie beim Bruder zu bemerken glaubt, Leichtsinn, Unzuverlässigkeit und kriminelle Neigungen, und sich wieder gezwungen sieht, helfend und schlichtend einzugreifen und erzürnte Bekannte und Nachbarn zu besänftigen, reagiert sie mit Panik, und es kommt kurzfristig zum Ausbruch einer neuen Deprescion. Frau K. ist nicht in der Lage, das gleiche Erlebnis noch einmal zu bewältigen.

5. Interaktionsmuster in der Sekundärfamilie

a) Wechselbeziehungen der Ehepartner

Die Tatsache, daß die Depressive von ihrer Umwelt schon früh in eine bestimmte Position manövriert wurde, scheint also - wie oben verdeutlicht wurde - zu einer Anzahl festgelegter Verhaltensmuster gegenüber den Mitgliedern der Sekundärfamilie und bestimmten Interaktionsschemata mit dem weiteren Bekanntenkreis zu führen. Diese These soll anhand einer ausführlichen Analyse der Beziehungen innerhalb der Sekundärfamilie erhärtet werden.

Die Ehemänner der Depressiven sehen ebenso wie ihre Frauen Haus und Garten als ihr eigentliches Betätigungsfeld an. Da die meisten von ihnen handwerklich sehr geschickt sind, haben sie am Hausbau oder -anbau eigenhändig mitgewirkt und sind dementsprechend stolz auf die Existenz, die sie ihrer Familie geschaffen haben. Zwar sind sie im Beruf tüchtig und fleißig, so daß sie einen gewissen Aufstieg zu verzeichnen haben; ihre Interessen gelten jedoch fast ausschließlich Haus und Familie. Ihr Hobby ist es, nach Feierabend Reparaturen

zu erledigen und den Garten zu bestellen. So unterstützen sie die Neigung ihrer Ehefrau zur Schaffung eines überschaubaren Lebens- und Wirkungsbereiches, der klar gegen die Umwelt abgegrenzt ist. Sie sind stolz darauf, daß sie abends das Haus nicht mehr verlassen und keinerlei Vereinen oder Interessengemeinschaften angehören. Herr K. ist der einzige, der einmal in der Woche mit seiner Frau am Verkehrtensport teilnimmt. Da die Eheleute selten ausgehen und kaum Besuch empfangen, leben sie sehr zurückgezogen, und ihr Bekanntenkreis ist klein. Es scheint sie jedoch nicht zu stören, denn sie verbringen Feierabend, Wochenenden und Ferien ohnehin am liebsten innerhalb der eigenen vier Wände. Ihre Eingelung in dem bekannten Lebensbereich ist so konsequent, daß nur Frau P. und ihr Ehemann regelmäßig in Urlaub gehen, allerdings immer an den gleichen Ort. Alle anderen denken wie Frau K.: "Wir haben ja das Gärtchen. Das ist für uns wie ein Urlaub."

Der zweite gemeinsame Wesenszug, der die Eheleute verbindet, ist ihre Ordnungsliebe. Zwar führt sie bei den Ehemännern nicht zu sichtbaren Zwangshandlungen. Sie äußern sich aber befriedigt über die häuslichen Aktivitäten ihrer Frau, und Herr B. zum Beispiel ist nicht abgeneigt, abzusputzen und die Küche zu säubern. Das geht so weit, daß Herr K. den Zustand der Wohnung einer Bekannten, besonders die Ordnung in der Küche, zum Gradmesser für deren Untüchtigkeit im Haushalt nimmt und seiner Frau herablassend berichtet: "Wenn Du die Küche von der gesehen hättest, dann hättest Du gleich gemerkt, daß die nichts-taugt." Die Ehemänner überlassen ihrer Frau zwar den Haushalt zu alleiniger Führung, behalten sich jedoch die Verwaltung der Finanzen vor und führen daher die Haushaltskasse. Das wird entweder mit ihrer Funktion als Ernährer und Verdiener der Familie oder schlicht mit der Behauptung, daß das Männersache sei, kommentiert.

Sowohl Frau B. als auch Frau E. werfen ihrem Mann Kleinlichkeit in finanziellen Dingen vor, Frau K. bezeichnet ihn sogar als Pedanten.

In der Regel lautet die Antwort auf die Frage nach dem Charakter des Partners: "Ich habe einen guten Mann, ich könnte keinen bessern haben." (Frau E.) Tatsächlich erleichtern die Männer den Frauen die Arbeit so weit wie möglich. Während Herr P. zur Entlastung seiner Frau eine Halbtags-Putzhilfe eingestellt hat, übernimmt Herr B., sofern er Zeit hat, Abwasch und Säuberung der Küche und vermerkt befriedigt, daß er hier noch reinlicher und ordentlicher vorgehe als sie. Es ist keine Seltenheit bei Ehepaar K., daß der Ehemann etwaigen Besuch mit Kaffee und Kuchen bewirtet und den Tisch deckt. Herr P. und einige andere Ehemänner bemühen sich überdies, Probleme und Schwierigkeiten von ihren ohnehin labilen Frauen fernzuhalten, so daß bei einigen Ehemännern die Fürsorge mit einem eindeutig patriarchalischen und tyrannischen Element verbunden ist, obgleich die herrschsüchtig und dominant wirkende Haltung in den allermeisten Fällen nur Fassade und von der Überzeugung getragen ist, ein Ehemann müsse nun einmal so sein.

Es bleibt festzuhalten, daß die Ehepartner sich aufgrund ihrer vielen Gemeinsamkeiten ausgezeichnet verstehen. Für beide sind Haus und Garten das entscheidende Betätigungsfeld, das sie so viel wie möglich gegen die Umwelt abschirmen. Wenn auch die Impulse zur Verbesserung und Verschönerung der Wohnung meist von der Ehefrau ausgehen, so verschließt sich der Ehemann dem trotzdem nicht. Tapeten, Teppiche, Möbel werden gemeinsam ausgesucht. Die täglichen Probleme der Erziehung werden gemeinsam durchgesprochen und auch der Hausbau oder -anbau gemeinsam und in eigener Regie vorangetrieben.

Da beide Partner mit dem gefundenen Lebensrhythmus weitgehend zufrieden sind, trifft keiner von ihnen Anstalten, den Status quo zu ändern. Die Dynamik ihres Zusammenlebens - von beiden eher als statisches Gleichgewicht aufgefaßt - wird kaum durch neue Impulse beeinflusst. Der Rahmen ihrer Familie und die gegenseitige Unterstützung genügen ihnen vollkommen. Hierzu zeichne ich eine Unterhaltung mit Herrn B. auf, der über seine Ehe folgendes aussagt:

Herr B.: "Wir sind jetzt 21 Jahre verheiratet, und wir sind zusammen durch dick und dünn gegangen. Das war aber, wie sie noch in Ordnung war, wie sie noch nicht krank war. Da war alles in Ordnung. Wie sie aber krank war, da war alles schon schlechter. Da hat sie keinen Unternehmungsgeist mehr gehabt."

Befrager: "Was ist sie für ein Mensch?"

Herr B.: "Vor allen Dingen: Sie ist ein prima Kerl. Sie hat ihre Kinder gut erzogen, richtig, wie es sich für eine Mutter gehört. Alles, wie man es sich von einer Familie vorstellt. Vielleicht, wenn wir jünger gewesen wären, wäre das mit der Erziehung anders gewesen."

Befrager: "Antiautoritär, meinen Sie?"

Herr B.: "Ja, so. Aber ich glaube, weil wir schon selbst so erzogen worden sind - meine Frau ist so erzogen worden, und ich bin so erzogen worden - wir können ja nicht anders. Da haben wir unsere Kinder auch so erzogen."

Befrager: "Zu wem sind ihre Kinder früher mit ihren Problemen gegangen?"

Herr B.: "Zu der Mutter, immer zu der Mutter, und sie hat mir das immer gesagt abends. Ich hatte ja immer Schicht. Ich war ja nie da. Sie hat das alles gemacht."

Befrager: "Auch die Wohnung eingerichtet?"

Herr B.: "Zusammen, das haben wir alles zusammen gemacht. Wir sind immer zusammen fortgegangen, zusammen einkaufen, oder wenn wir mal Neuanschaffungen hatten, haben wir's zusammen besprochen. Und gewöhnlich haben wir auch immer denselben Geschmack. Doch, das muß ich sagen: Gerade mit dem Schrank da, den haben wir im Kaufhof gekauft, und da hat sie gesagt: 'So, jetzt guck einmal, da sind soundsoviel Schränke. Such' Dir mal einen raus!' Sie war ja schon vorher dort gewesen. Da bin ich genau auf den Schrank zugegangen. Und da hat sie gesagt: 'Den hab' ich auch ausgesucht.'"

Befrager: "Schön."

Herr B.: "Gelt? Da sind auch noch andere Sachen, wo wir den gleichen Geschmack haben. Ja, was wollen Sie denn noch von ihr wissen?"

Befrager: "Was macht sie denn eigentlich den ganzen Tag?"

Herr B.: "Meine Frau, die arbeitet den ganzen Tag! Die steht morgens auf und fährt zur Arbeit, dann kommt sie heim, und dann geht's gleich weiter."

Befrager: "Ich habe gehört, Sie helfen ihr?"

Herr B.: "Bitte? Oh ja, ich helfe schon. Ich helfe so spülen, Herd zu putzen, Kohlen zu holen, und was da halt so ist. Nur Betten mach' ich nicht, gelt? Das macht sie selber. - Dann kommt sie heim und dann essen wir was, und wenn's an's Fernsehgucken geht, wupp, ist sie weg, schläft sie. Das ist, weil sie sich nicht mittags mal hinlegen kann. Das kann sie nicht. Das sagt sie. Und früher - hat sie mir erzählt - daheim, hat sie sich immer 'ne Stunde hingelegt. Also, ich hab' noch nie erlebt, daß sie sich mal 'ne Stunde hingelegt hat. Das Schlafen war schon immer ihre schwache Seite."

Herr B. versteht es, vollständig zwischen zwei Persönlichkeiten seiner Frau, je nach Gemütslage, zu unterscheiden. Seine "kranke" Frau ist - wie ich in einem späteren Gespräch zeigen werde - für ihn eine Fremde, von der er sich innerlich distanziert. Bei der Beschreibung seiner "gesunden" Frau verweist er deshalb umso energischer auf den Gleichklang in ihrer beider Wesen: Die Vokabel "zusammen" kommt in diesem kurzen Textausschnitt sechsmal vor und wird durch ähnliche Bezeichnungen bekräftigt und hervorgehoben. Auch das Pronomen "sie" ist erheblich häufiger als das egozentrische "ich" und zeigt, wie sehr er auf seine Frau fixiert ist. Er betont ihre Häuslichkeit und ihren Schaffensdrang und steht ihr selbst darin nicht nach. Die andererseits völlig selbständige Feststellung "... wenn's dann an's Fernsehen geht ..." dokumentiert, wie klar der Tagesrhythmus der Eheleute gegliedert und nach außen abgegrenzt ist. Er empfindet es als gut und richtig so, wie er auch seine eheliche Gemeinschaft als normal und "... wie man es sich von einer Familie vorstellt ..." charakterisiert. Zwar ist er der Meinung, der dominante Partner zu sein, jedoch lassen verschiedene Phasen des Gespräches Zweifel an dieser Aussage zu. Seine Frau erzieht die Kinder, die Impulse (siehe Möbeleinkauf) gehen von ihr aus, und sie steht dem Haushalt vor.

Frau B. erkennt das genauso klar wie Frau K. und Frau E., die ebenfalls beide angeben, in der Familie zu dominieren und die wichtigsten Entscheidungen zu treffen, was von ihren Ehemännern bestätigt wird. Frau P. allerdings betont, daß ihr Mann die zentrale und bestimmende Person in ihrer Ehe sei, und daß die untergeordnete Position ihrem Wesen entgegenkomme. In anderen Familien gewinnt man nach einiger Beobachtung den Eindruck, daß die Frauen es geschickt verstehen, ihre zentrale Stellung im Haushalt in einen Vorteil umzumünzen. Sie geben die Impulse, sie teilen den Tageslauf ein und sie sind erste Vertrauensperson der Kinder. Sie scheinen die "Vorherrschaft" in der Ehe zu besitzen. Andererseits legen sie Wert darauf, ihrem Partner das Gefühl zu vermitteln, Oberhaupt zu sein und die Familie nach außen hin zu repräsentieren. Augenzwinkernd erklärt Frau K., die Männer wollten die Herren im Hause sein, "... und das Gefühl muß man ihnen lassen." Sie muß aber selber eingestehen: "Er hat immer das Gefühl, er ist in der Ehe derjenige, der nachgibt, aber ich gebe ihm da Kontra." Oder wie eine andere Person sich ausdrückt: "Die Hosensack laß ich meinem Mann an." Die Frauen betonen mehr oder weniger deutlich, daß es in ihrem Ermessen liegt, den Ehemann seiner nach außen hin dominierenden Position zu entkleiden. Der Mann seinerseits gibt sich mit der ihm zugeordneten Rolle zufrieden. Auch Herr E. revoltiert erst bei beginnender Depression seiner Frau. Den Ehemännern wird weitgehende Bewegungsfreiheit eingeräumt, was bewirkt, daß alle Ehen glücklich zu sein scheinen.

Sicher ist die Machtstellung der Frau in der Familie depressiver Patienten abhängig von ihrem psychischen Befinden, von ihrer Selbstsicherheit und nicht zuletzt von der Tüchtigkeit auf ihren ureigensten Gebieten. Es muß festgestellt werden, daß diejenigen Frauen, die in ihrer Ehe dominieren, dies auch schon

vor Beginn jeglicher Depression taten, daß die Dominanz also die ihnen gemäße, "normale" Verhaltensweise war. Ein Ehemann erkannte richtig, daß er besonders in Phasen, in denen es seiner Frau seelisch gut ging, darauf achten mußte, einen Teil seiner Selbständigkeit zu wahren. Im krassen Gegensatz dazu bewirkt in depressiven Phasen die Selbstunsicherheit der Frauen und das Bewußtsein eigener Unzulänglichkeit eine immer stärkere innere Abhängigkeit vom Partner. Er bleibt zu Zeiten der Einschränkung aller anderen Umweltkontakte oft einzige Bezugsperson.

Das besondere Verhältnis des Ehepaares E. zueinander erfährt hingegen mit Beginn der Depression der Ehefrau eine außergewöhnliche Veränderung, die sich im weiteren Verlauf immer deutlicher manifestiert. Die eindeutige Überlegenheit von Frau E. artet kurz vor der Depression oder in ihrer Anfangsphase - der Zeitpunkt läßt sich oft nicht präzise eruieren -, die sich in einer Manie äußert, in Tyrannei aus. Sie rechtfertigt ihr Verhalten gegenüber dem Ehemann retrospektiv mit den Worten: "Der kann mir geistig das Wasser längst nicht reichen." Dann führt sie weiter aus: "Ursprünglich gab es keine Differenzen. Da habe ich alles zur Zufriedenheit meines Mannes abgewickelt und gemanagt ... aber jetzt habe ich die Aufgaben alle, und mein Mann hat weiter nichts zu tun, als Geld zu verdienen und sich abends hinzusetzen und nichts mehr zu reden, und das stinkt ihm natürlich."

Frau E. wertet die berufliche Tätigkeit ihres Mannes gezielt ab, und das Verb "heimsetzen" soll die Unterordnung des Ehemannes unter ihre Fähigkeiten bedeuten. Mit beginnender Depression ändert sich die Lage in der Familie plötzlich. Herr E. nimmt seine Chance wahr, aus der ihm plötzlich unerträglichen Lage zu entinnen, und nutzt dabei die momentan schwache Position der Patientin aus. Er entfacht einen ehelichen Machtkampf, in den

sowohl die restlichen Familienangehörigen als auch der behandelnde Arzt mit einbezogen werden. Er entzieht ihr die finanzielle Verfügungsgewalt, nimmt ihr die Erziehung der Kinder aus den Händen und schränkt ihre Bewegungsfreiheit so weit ein, daß er ihr sogar untersagt, an den in der Klinik veranstalteten geselligen Abenden teilzunehmen. Seine Rechtfertigung: "Du warst ja nicht zurechnungsfähig!" muß als Schutzbehauptung betrachtet werden.

Diese Behauptung bringt Frau E. in heftige Opposition. Als sie, aus dem Krankenhaus entlassen, versucht, verlorenes Terrain zurückzugewinnen, stößt sie auf seinen erbitterten Widerstand, denn er ist sich inzwischen des Vorteiles seiner neuen Stellung bewußt geworden. Sie hat jetzt eine Halbtagsarbeit angenommen, um den häuslichen Problemen aus dem Weg zu gehen.

Zusammenfassend wäre zu sagen, daß das Verhältnis der Ehepartner zueinander entscheidend von der Phase abhängig ist, in der sich die Frauen befinden. Während es in den Zeitabschnitten relativen seelischen Wohlbefindens der Depressiven als harmonisch und statisch bezeichnet werden kann, da beide Teile in ihrer Tendenz zum Rückzug aus der Gesellschaft, in ihrer Ordnungsliebe und ihrem Sinn für Gemeinsamkeit übereinstimmen, gerät ihre Beziehung erst dann in Bewegung, wenn die depressive Grundstimmung der Ehefrau überhandnimmt. Infolge ihres Minderwertigkeitsgefühles, das sie nun nicht länger durch betonte Fürsorge und Dominanz überkompensieren kann, wird die Depressive schließlich in Isolation gegenüber der eigenen Familie getrieben und verliert ihre Vormachtstellung im Haushalt, was sich letztlich wieder als circulus vitiosus auswirkt.

b) Sexuelles Verhalten

Wenn man die Patientinnen über ihr Verhältnis zur Sexualität befragt, stößt man begreiflicherweise zuerst auf Hemmungen und Widerstand. Es fällt auf, daß sie meist infolge ihrer strengbürgerlichen, religiös geprägten Erziehung und der von den Eltern geübten Verurteilung sexueller Beziehungen schon früh eine tiefverwurzelte Angst vor jeglichem Geschlechtsverkehr hatten - eine Angst, die später in ein gestörtes Sexualverhalten im Rahmen der Ehe einmündet. Dazu kommen häufig psychotraumatische Erlebnisse in ihrer Jugend oder zu Zeiten der frühen Ehe, die Frigidität über lange Zeit bedingten.

So berichtet eine Depressive, daß die Tatsache, daß ihr Sohn in körperlicher Beziehung zu einem Dienstmädchen stand, welches nachher ein Kind von ihm abtrieb, ihr einen solchen Schock versetzt habe, daß von diesem Zeitpunkt an ihre Periode ausgeblieben sei. Eine andere wurde von dem ersten Mann, den sie näher kennenlernte, vergewaltigt. Die Folge davon war, daß sie den körperlichen Kontakt zum Ehemann als mehr oder weniger notwendiges Übel betrachtete. Ihre Abscheu steigerte sich im Laufe der Ehejahre so sehr, daß sie ihrem Ehemann, der sie immer wieder begehrte, riet: "Ei, geh' doch mal in den Puff!" Sie war sich ihres Versagens bewußt, konnte ihr schlechtes Gewissen jedoch gut kompensieren.

Frau K.'s Mutter wurde aus dem Familienverband ausgestoßen, weil sie ein uneheliches Kind, den jetzigen Halbbruder von Frau K., erwartete. Ihr Vater hatte vor der Ehe Kontakt mit einem Mädchen, das von ihm ein Kind erwartete und - wie sie betont: "... während der Schwangerschaft schmierig und dreckig wurde ...", so daß die Großeltern eine Heirat verhinderten.

Hier wird deutlich, daß die im Nachhinein gebrauchten Adjektive "schmierig und dreckig" wohl weniger die

körperliche Hygiene betreffen, als vielmehr den - ihr von Eltern und Großeltern als Besudelung suggerierten - Vollzug der außerehelichen Beziehung, den sie nun auch mit dem eigenen Sexualverkehr identifiziert und fürchtet. Überdies rechtfertigt sie dadurch das Verhalten ihres Vaters und rückt ihr moralisches Weltbild wieder zurecht.

Frau K. gibt zu, daß das Vorleben ihrer Eltern sie zunächst stark belastet habe und ihr Verhältnis zur Sexualität deshalb zwiespältig war. In ihr hatte sich eine "Kluft zwischen Mann und Frau" aufgetan, die relativ früh zum ersten Konflikt führte. Sie bricht die Bekanntschaft mit einem Jugendfreund, der sie heiraten will, ab, weil sie sich seinen sexuellen Forderungen nicht gewachsen fühlt und ihnen aus Furcht vor einem unehelichen Kind nicht nachgeben mag. Im Laufe ihrer Ehe hat sich ihre Einstellung jedoch offensichtlich gewandelt, so daß sie jetzt die körperlichen Beziehungen zu ihrem Mann als normalen Bestandteil ihres Zusammenlebens betrachtet. Während einer Depression bricht sie allerdings - ebenso wie alle übrigen Frauen - die intimen Beziehungen ab.

Frau E. und Frau B. stammen beide aus religiösen Familien und wurden seit jeher zu besonderer Furcht vor dem Geschlechtsverkehr und dem Glauben, daß er unmoralisch und sündig sei, erzogen. Frau E., deren Vater Enthaltung der Sexualität für eine "Charakterfrage" hält und deren Mutter 12 Jahre lang Präfektin des Jungfrauenvereins war, hat sich bis heute nicht von ihren Bedenken und Vorurteilen freimachen können. Die ihr eigentümliche Auffassung vom katholischen Glauben, ihre Abhängigkeit von der Religion und ihre Furcht vor der Sünde geschlechtlicher Ausschweifungen, die wie bei fast allen Patientinnen mit strenger elterlicher Erziehung verknüpft ist, verdeutlicht sie selbst recht plastisch, wenn sie schildert, welche Erwägungen sie von einem Suicid abhielten: "Du hättest vor deinem großen Chef gestanden, vor deinem Herrn und Richter,

und dann hätte der dich angeguckt und gesagt: 'Was hast Du gemacht? Du hast Dich umbringen wollen? Fahre fort, Du Verfluchte!' Der hätte mich vielleicht in die Hölle geschickt, und dann wäre alles für die Katz gewesen." Obwohl sie sehr liebebedürftig gewesen sei, hätte sie aus Angst vor einer Bestrafung durch die Eltern und vor kirchlicher Verdammung niemanden an sich herangelassen und ihren Mann deshalb geheiratet, weil er der einzige war, der sie vor der Ehe nicht berühren wollte. Auch sie zog sich während der Depression körperlich von ihrem Ehepartner zurück.

Selbst die Patientinnen, deren Geschlechtsleben sich bis dahin normal gestaltet hatte, brachen während der Depression jeglichen Verkehr mit ihrem Mann ab. In einem Fall wird eine mit der Melancholie vergesellschaftete Amenorrhoe und der Glaube an eine Gravidität als Grund angegeben, meist jedoch dürfte die zusätzliche Kontakt- und Impulslosigkeit im Verein mit einem globalen Insuffizienzgefühl ausschlaggebender Faktor sein. Auch die Möglichkeit, daß sich erziehungsbedingte Aversionen und Vorbehalte in dieser Phase hochgradiger seelischer Labilität erneut manifestieren, sollte nicht völlig außer Betracht gelassen werden.

Allerdings wird von allen diesen depressiven Frauen - mögen sie den Geschlechtsverkehr auch noch so ablehnen - die sexuelle Beziehung zum Zwecke der Zeugung von Nachkommen akzeptiert. In einem Falle wird sogar gezielt Kinderreichtum angestrebt, da die Nachkommen später auf dem Bauernhof mithelfen sollen.

) Dialog über die Sexualität des Depressiven

Die enge Verknüpfung der Faktoren Sexualität und Religion sowie Religion und Moral in ihrer Erziehung und die ungesunde, ja verklemmte Familienatmosphäre, die daraus erwuchs, beschreibt Frau B. in folgendem Gespräch:

Befrager: "Ihr Mann hat mir erzählt, Ihre Eltern hätten Sie so streng erzogen?"

Frau B.: "Ja sehr - ich bin ganz - ich habe überhaupt nichts erzählt bekommen von Aufklärung oder sonstwas."

Befrager: "Ja, das hat er mir auch erzählt."

Frau B.: "Das hat sich auch in unserer Ehe sehr bemerkbar gemacht. Ich bin richtig - ich möchte sagen - dumm in die Ehe gegangen. Man hat ja nicht gewußt, wie oder was, man hat vor allem Angst gehabt. Wenn ich mal fortgegangen bin - ich war nicht schlecht gewesen, und trotzdem haben sie immer gemeint, wenn man fortgeht, man stellt was an. Mein Vater war fortgewesen, mein Bruder war fortgewesen, meine Mutter hatte Asthma, und ich war allein. Ja, wer sollte dann auch die Arbeit schaffen? Wenn ich dann mal fortbin, oder ich bin mal ein bißchen später heim, dann hat meine Mutter Gott weiß was gedacht, was ich angestellt habe. Dabei war gar nichts. Ich habe getanzt, ich war lustig früher, ich habe mitgemacht oder so, aber schlecht war ich nicht."

Befrager: "Da sind Sie aber streng erzogen worden."

Frau B.: "Oh ja, meine Mutter hat immer gesagt: 'Der Papa hat mir gesagt, ich muß auf Dich aufpassen. Der bringt mich um, wenn was passiert.' - oder irgendwie, ich bräuchte ein Kind oder so. Oh, ich war mal so in Wut, als sie mich ungerecht geschlagen hatte, wo auch ein junger Mann auf Urlaub war, und es waren noch mehrere Mädchen dabei. Abends haben die uns abgeholt, und da sind wir zu dem, und es war vielleicht ein Uhr. Und dann

sind die noch mit mir heim, weil wir so außerhalb vom Ort gewohnt haben. Ich hatte immer Angst heimzugehen, weil wir so außerhalb wohnten und mir das unheimlich war. Da sind die noch mit mir gegangen bis kurz vor's Haus, und ich bin dann, mußte dann - meine Mutter hatte zugeschlossen - mußte dann rufen: 'Mach' doch mal auf!' Und dann hat sie mir aufgemacht und hat mich dann geschlagen und alle möglichen Sachen geschimpft."

Befrager: "Wie alt waren Sie da?"

Frau B.: "17. Die hat Angst gehabt. Ich war so lange fort. Und sie hat irgendwie gedacht, ich wäre schlecht gewesen. Und ich habe gesagt: 'Um Gottes willen! Das darfst Du doch nicht von mir denken. So bin ich doch nicht!' Und ich bin katholisch. Ich bin streng erzogen."

Befrager: "Ja, das hat ihr Mann erzählt. Sie mußten auch jeden Sonntag in die Kirche."

Frau B.: "Und sogar über's Feld. Wir hatten sie nicht immer im Ort. Und da mußten wir bei Wind und Wetter in die Kirche gehen."

Befrager: "Da waren Ihre Eltern sehr religiös?"

Frau B.: "Oh ja, als ich meinen ersten Schwarm hatte, das war ein Schulkamerad von mir, ein Altersgenosse. Und wie die damals gemerkt haben - meine Eltern -, daß ich mit dem spazieren-gegangen bin - es war ja nichts sonst drin, gelt? -, da hat's wieder gleich geheißen: 'Hör' bloß auf und bleib' von dem weg! Das gibt's nicht!' Weil der natürlich auch wieder ein Evangelischer war."

Befrager: "Streng waren die?"

Frau B.: "Jaaa! Die haben ja so auf die Religion geguckt. Oh, die Evangelischen gucken auch dadrauf. Wenn die auch nicht so in die Kirche gehen, darauf gucken sie. Und da haben sie gesagt: 'Hör' bloß auf! Dem seine ganze Verwandtschaft, die sind dann gleich dagegen, wenn die nur merken, daß da was ist. Und da müßtest Du Dich evangelisch trauen lassen, und sowas gibt's nicht bei uns.' Und wupp, war dann auch wieder gleich alles aus. Ich habe dann auch gehorcht. Ich war aber auch so dumm und habe zu Hause alles erzählt, und die haben dann gefragt: 'Was ist das für einer? Was macht der? Sagt ihr schon "Du" zueinander?'"

Befrager: "Und Sie haben alles erzählt?"

Frau B.: "Ei ja, weil da auch nichts dabei gewesen war. Wenn ich gemerkt habe, wie die frech wurden, habe ich immer gleich gedacht, das ist nicht der richtige. Wenn die immer gleich frech werden, dann ist das nichts."

Befrager: "Hatten Sie da nicht vielleicht auch Angst, weil Ihre Eltern so streng waren?"

Frau B.: "Ja! Es hat immer geheißen: 'Komm' mir ja nicht heim mit einem Kind!' Aufgeklärt bin ich ja auch nicht worden. Das habe ich alles von anderen."

Befrager: "Warum haben Ihre Eltern Sie nicht aufgeklärt?"

Frau B.: "Alles tabu! Alles tabu! Heute noch! Ich habe meiner Mutter neulich ein Wort von Dr. H. gesagt, und da hat sie gesagt: "Was? So heißt das?" Man hat ja überhaupt nichts gewußt von den ganzen Sachen. Also wirklich, ich weiß nicht. Wenn ich da heute so in den Zeitungen lese, im 'Wochenend' zum Beispiel, da stehen ja Sachen drin von Leuten, die auch so in die Ehe gegangen sind, und die eine unglückliche Ehe gehabt haben. Auch junge Leute - also, wir sind ja unter uns Frauen -, die überhaupt nicht wissen, was ein Orgasmus ist."

Befrager: "Aber in dem gleichen Zustand sind sie ja auch in die Ehe gegangen."

Frau B.: "Ja, das habe ich auch nicht gewußt. Glauben Sie's?"

Befrager: "Ja sicher."

Frau B.: "Das war alles die Angst. Wie man immer aufgepaßt hat, daß nichts passiert. Da war man ja schon so weit, da ist man gar nicht bei der Sache gewesen. Und mein Mann hat immer gefragt: 'Ist das nicht so bei Dir?' Mit dem Orgasmus. Und glauben Sie, daß ich das erst seit drei oder vier Jahren hab'? Stellen Sie sich das mal vor?! Ich hatte das bis da in meinem ganzen Leben noch nicht."

Die von ihren Eltern induzierten Komplexe über ihre Verworfenheit werden bei der wiederholten Versicherung ihrer Tugend sichtbar. Frau B. beschreibt, wie sich das Verhältnis zwischen ihren Eltern und ihr nach ihrer Pubertät und mit der ersten Jugendfreundschaft schlagartig ändert und in strenge Überwachung und stetes Mißtrauen seitens der Eltern umschlägt: "... dann hat meine Mutter Gott weiß was gedacht, was ich angestellt habe. Dabei war gar nichts." Verstört

steht sie diesem Gesinnungswandel, der für sie unbegreiflich ist, gegenüber. Die Auswirkungen der veränderten Haltung ihrer Eltern und der mangelnden Aufklärung seien gewesen, daß sie "... vor allem Angst gehabt ..." habe und "... dumm in die Ehe gegangen" sei. Mit ihrer Angst vor dem Geschlechtsverkehr und dessen möglichen Folgen erklärt sie es auch, daß sie in den ersten Jahren der Ehe "... gar nicht bei der Sache gewesen ..." sei und erst seit relativ kurzer Zeit zum Orgasmus komme. Ihre Erleichterung über die Befreiung von moralisch-religiösen Bedenken durch ihren Mann - der übrigens ebenfalls gläubiger Katholik ist - äußert sich in der überaus offenen Art, in der sie über ihre körperlichen Kontakte spricht und in einer ausgeprägten sexuellen Neugierde, die sie in letzter Zeit beschäftigt.

d) Einstellung zu den Kindern

Der bisher brachliegende, bei den meisten Depressiven sehr stark ausgeprägte mütterliche Trieb, findet in der Fürsorge für die Kinder Objekt und Bezugspunkt. Alle vier Patientinnen - außer Frau P. - regeln allein die Erziehung der Kinder, deren direkte Vertrauensperson sie sind. Da die Kinder gewöhnt sind, mit ihren Wünschen und Problemen an die Mutter heranzutreten, ergibt sich zwangsläufig zwischen ihnen eine weit engere Bindung und eine kaum spürbare Distanz zum Vater. Frau K. entrüstet sich noch darüber: "Es ist, alsoob kein Vater im Hause wäre!" Wohingegen Frau B. diesen Zustand für normal hält und Frau E. offensichtlich darauf aus ist, ihren Mann in puncto Beliebtheit auszustechen - hier scheint ein deutliches Eifersuchtsmoment mitzuspielen. Frau P. allerdings hat auch hier die Initiative ihrem Mann überlassen, mit dem Resultat, daß sie sich jetzt noch zusätzlich den Launen einer selbstbewußten und eigenwilligen Tochter fügen muß.

Die Erziehung der Kinder ist nur mäßig streng und sichtlich auf die dem elterlichen Kodex entnommenen Maximen ausgerichtet: Ordnung, Pflichtbewußtsein und Anerkennung der elterlichen Autorität. Die Mutter bemüht sich, ihre eigenen, ebenfalls anerzogenen Wertmaßstäbe an die Kinder weiterzuvermitteln. Frau K.'s Tochter ist mindestens genauso auf Sauberkeit und Ordnung bedacht wie die Mutter, und die Söhne einiger anderer Depressiver ziehen sich bereits seit ihrer Jugend völlig in den überschaubaren Bereich ihrer familiären Welt zurück. Währenddessen ist der Vater meist sehr viel nachdrücklicher auf Wahrung seiner Autorität bedacht. Aus diesem Grunde scheut sich ein depressiver Patient, seinen Söhnen über seine psychische Verfassung reinen Wein einzuschenken. Schwierigkeiten mit den Kindern scheint es nie zu geben (ausgenommen bei Frau K.), sie hängen im Gegenteil sehr an ihren Eltern und verbringen einen großen Teil ihrer Freizeit zuhause.

Bei einigen Frauen führt abgöttische Liebe zu den Kindern und der Rückzug in die Familie, wodurch die bestehenden Beziehungen weiter aktiviert und intensiviert werden, zu einer schweren Krise. Da sie stark auf den sie umgebenden Personenkreis fixiert sind, sind sie bei familiären Umstrukturierungen - wie sie zum Beispiel entstehen, wenn ein Kind heiratet, auszieht und sich sowohl gefühlsmäßig als auch räumlich von den Eltern entfernt - nicht in der Lage, sich in ihrer neuen Rolle in der verkleinerten Familie zurechtzufinden. Zwei Frauen bemühen sich, verheiratete Söhne weiter an sich zu binden, indem sie sie täglich zum Essen einladen und ihre Schritte so diskret wie möglich überwachen. Die Kinder empfinden andererseits die Besuche in ihrer Häufigkeit als Last und versuchen, sich vorsichtig von der Mutter zu distanzieren, worauf sie aber jedesmal mit Bitterkeit oder Vorwürfen reagiert. Dazu meint der Vater: "Daß sich der ältere Sohn nach seiner Heirat weniger um die Eltern kümmerte, das hat sie sehr gewurmt." Die alltägliche, in jeder Familie

vorkommende Situation, daß ein Kind den familiären Kreis verläßt, ist für einige dieser Frauen immerhin so bestürzend, daß sie zu diesem Zeitpunkt erkranken.

Auch in der Sekundärfamilie steht die Patientin im Mittelpunkt und nach überstandener Depression ist sie ohnehin Ziel von Interesse und Fürsorge. Sie ist Zentralfigur und hat es außerdem fertiggebracht, zumindest vorübergehend die Rolle der dominanten Mutter in der Primärfamilie einzunehmen. Allerdings geschieht dies nicht in dem Maße, wie sie es sich vorgestellt haben mag. Der Ehemann ist in vielen Fällen in eine ähnlich schwache Position gedrängt worden wie vordem der Vater, was ihn jedoch selten stört.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß die Mutter - soweit sie dazu in der Lage ist - die Atmosphäre schafft, die sie selbst in ihrer Kindheit vorfand. Das begünstigt zum einen ihre Identifikation mit der eigenen Mutter, schafft zum anderen den Kindern eine synonyme umweltbedingte Ausgangsposition, was deren Verhältnis zur Person der Mutter, zur Erziehung und zu familieninternen Milieuvorstellungen anbelangt. Der Vater läßt sich jedoch nicht in dieses Schema einfügen, obwohl seine Handlungsweise von den Wechselwirkungen, die die Persönlichkeiten der Ehepartner aufeinander ausüben, beeinflußt ist. Trotzdem liegt die Vermutung nahe, daß die Chance, ebenfalls depressiv zu werden, für das Kind einer Familie, in der einer oder sogar beide Elternteile depressiv sind, ungleich größer ist als bei einem vergleichbaren unbelasteten Kind, vorausgesetzt man geht von den Umweltfaktoren aus. Diese Behauptung anhand genauerer Untersuchungen zu verifizieren, würde jedoch den Rahmen der Abhandlung sprengen.

Das weitere Umfeld des Depressiven

Die Atmosphäre im Haus

Die Herkunft der Patienten aus kleinbürgerlichen Verhältnissen, die Abschirmung ihres Lebensbereiches nach außen und das betonte Pflichtbewußtsein, wenn es um Probleme des Haushaltes und der Familie geht, rufen in den meisten Familien das Entstehen einer ungemütlichen, oft bedrückenden und muffigen Atmosphäre hervor, die von den Impulsen des Depressiven auch zu Zeiten relativen Wohlbefindens geprägt wird. Die Zimmer sind tadellos aufgeräumt, makellos sauber, die Familienmitglieder verhalten sich ordnungsbewußt, manchmal sogar pedantisch. Das fällt umso mehr auf, als die Stimmung in den Häusern und Wohnungen von Verwandten und Geschwistern wesentlich freier, offener und freundlicher ist.

Keine der Patientinnen hat ein eigenes Zimmer. Sie halten sich im Gegenteil am liebsten in dem Raum der Wohnung auf, in dem sich die Familie zusammenfindet - in der Küche oder im Wohnzimmer - und fühlen sich dort am wohlsten. Von dort aus versorgen sie den Haushalt, der für sie auch aufgrund ihrer Abgeschlossenheit eine signifikante Bedeutung gewonnen hat, so daß hier ein *circulus vitiosus* zwischen Pflichtauffassung, familiärer Isolation und hausfraulicher Tugend entstanden ist. Die Dingwelt, die sie umgibt, ist ihnen wichtiger als anderen und ersetzt den mangelnden persönlichen Kontakt zu Bekannten und Freunden. Stattdessen sind sie ständig bemüht, alles um sich herum in einen Zustand zu versetzen, der ihrem Ordnungssinn entspricht und sie befriedigt.

Bedrückend wirkt die Atmosphäre auch dadurch, daß kaum einmal ein Familienmitglied in der Lage zu sein scheint,

sich aus den eingefahrenen Gleisen des schematischen Haushaltsbetriebes zu lösen. Die Tage fließen gleichförmig dahin, und die Abende werden vor dem Fernsehapparat verbracht. Der Besucher hat das Gefühl, Eindringling zu sein. Nur wenige Frauen schaffen es, sich mit Hilfe von Halbtagsstätigkeiten, ehrenamtlichen Beschäftigungen oder Hobbies für wenige Stunden aus der heimischen Enge zu lösen. Sie sind auch gleichzeitig die einzigen, die sich manchmal der ungemütlichen Atmosphäre bewußt werden: "Hier draußen kann Ihnen das Dach auf den Kopf fallen." Sie sind aber nicht dazu fähig, den Zustand zu ändern, sondern geben das Ausmaß der Hausarbeit, die Trägheit des Ehemannes oder die geographische Lage des Wohnsitzes als Ursache für ihre relative Abgeschiedenheit an. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß es sich hier mehr um symbolische Gesten als um ein echtes Bedürfnis nach menschlicher Gesellschaft handelt.

b) Die Einstellung zu den Mitmenschen

(1) Aggression

Gesteigerter Antrieb zusätzlich gepaart mit großer Betriebsamkeit im Haushalt kann unvermittelt in Aggression umschlagen, die - obwohl nur bei einigen vorhanden - lediglich der wichtigsten Anlässe bedarf. Sie scheint unmittelbar nach der Depression und während manischer Phasen am ausgeprägtesten zu sein. Allerdings läßt sich oft nicht unterscheiden, ob die aggressiven Anwandlungen vor einer Depression auf eine latente Manie oder mehr auf eine seit der Kindheit bestehende Grundhaltung zurückzuführen sind.

Die Motivation dieser Grundhaltung wäre dann in der kindlichen Beziehung zur Mutter zu suchen, wobei die Unterordnung unter die mütterliche Autorität und das Bedürfnis, später die gleiche Rangstellung im Familienkreise einzunehmen, hier die entscheidende Rolle

spielen dürften. Die Übersteigerung dieser Haltung besonders in Phasen höherer psychischer Labilität ließe sich dann durch eine gewissermaßen überschießende Reaktion auf ein ausgeprägtes Insuffizienzbewußtsein erklären. Die Hausfrau, die sich ihres Zustandes besonders dadurch bewußt wird, daß sie den Ansprüchen, die sie an sich selbst stellt, nicht mehr gerecht werden kann - das heißt, daß sie nicht mehr in der Lage ist, die Familie zu versorgen - versucht mit diesem Kompensationsmechanismus ihrer aufsteigenden Angst Herr zu werden. Dies gilt besonders dann, wenn sie schon einmal eine Depression durchgemacht hat und sich deshalb einerseits vor neuer psychischer Störung fürchtet, andererseits ein durch Melancholie und Krankenhausaufenthalt entstandenes Minderwertigkeitsgefühl niederringt.

Eine weitere Ursache dafür könnte in der Tatsache liegen, daß sich der Depressive nach Rückkehr in die eigene Familie - zu einem Zeitpunkt also, in dem sein seelischer Zustand meist noch nicht völlig stabil ist - einer gewissen Macht bewußt wird, die er auf die Familie ausüben kann. Das Schuldbewußtsein seiner Angehörigen, die seine Melancholie lange Zeit nicht ernstnahmen, und das Erfordernis der Rücksichtnahme versetzen ihn in die Lage, seine Depression gezielt zur Erreichung bestimmter selbstsüchtiger Zwecke einzusetzen.

Sofern sich seine Aggression gegen die engere Familie richtet, wird sie gerne von Ausdrücken wie "Ihr bringt mich noch zurück in die Klinik!" begleitet. Mitglieder mancher Familien berichten, daß die Ehefrau beziehungsweise Mutter selbst durch gutes Zureden und vorsichtiges Verhalten nicht von ihren ständigen Sticheleien gegen einzelne Familienmitglieder abzubringen sei. Sie neige dazu, die Tatsachen zu verdrehen und so darzustellen, als ob alle Aktionen der Familie gegen sie gerichtet seien.

Eine beim Abwasch zerbrochene Tasse ist für sie Anlaß zu längeren Beschwerden, da sie der Ansicht ist, dies wäre absichtlich geschehen, nur um sie zu ärgern. Hieraus entwickeln sich oft endlose Debatten in der Familie.

Bei Frau K. fällt hingegen auf, daß sich ihre Aggressionen gegen die Gesellschaft an sich richten. Sie klagt vorzugsweise Behörden und sozial Höhergestellte des Vergehens an, sich nicht genügend um Angehörige niedriger Gesellschaftsschichten zu kümmern: "Man hat mich genug betrogen ... Ich verspreche nichts, aber das Maß ist voll. Das soll jetzt wenigstens in den Akten liegen." Sie fühlt sich mit ihrem jeweiligen Leid alleingelassen und erklärt verbittert: "Jeder hat nur Verständnis, wenn er selbst Schicksalsschläge hatte." Trotzdem sie nicht an den Erfolg glaubt, bemüht sie sich mit Hilfe manchmal rabiater Aktionen - wie z. B. einer gerichtlichen Klage -, den mitfühlenden Menschen hinter der stummen Behörde anzusprechen und bei ihm Verständnis für ihre Probleme zu finden. Nach erneutem Mißerfolg klagt sie umso heftiger an und geht umso entschiedener gegen das ihr zugefügte Unrecht an, gleichgültig ob es sich um eine vor Gericht zu entscheidende Versicherungsangelegenheit handelt oder um eine zu hohe Arztrechnung. Es scheint ihr weniger auf das Gelingen ihrer Aktionen anzukommen als vielmehr auf die Ansprache, die Kommunikationsmöglichkeit, die sie hier für sich sieht.

Ein geringer Prozentsatz der von uns befragten Personen richtet seine Aggressionen gegen den Studenten selbst; das Mißtrauen der meisten legt sich jedoch normalerweise nach den ersten Besuchen. Einige von uns hatten trotzdem ernstliche Schwierigkeiten zu verzeichnen, mit ihren Patienten in Verbindung zu bleiben. Ich zitiere hier einen Kollegen, der folgende Erfahrung machte:

"So habe ich bei Frau H. beobachtet, daß sie umso aggressiver wurde, je länger die Depression andauerte. Bei meinen Gesprächen mit ihr hatte ich ständig das Gefühl, der 'Bösewicht' zu sein, der die arme Frau nur quälen wolle. Begann doch jede Antwort auf die von mir gestellten Fragen in vorwurfsvollem Ton: 'Also, ich will Ihnen mal was sagen ...' oder sie fügte den Satz hinzu: 'Und bedeppt bin ich schon gar nicht, das brauchen Sie gar nicht zu glauben.' Bei einer anderen Begegnung kam es erst gar nicht zu dem Gespräch, da ich mit den Worten empfangen wurde: 'Ach, was wollen denn Sie schon wieder, lassen Sie mich doch in Ruhe. Außerdem können Sie ja alles in den Akten nachlesen.'"

Das Prinzip, wegen der eigenen Unzulänglichkeit die Flucht nach vorne anzutreten, wird von Frau K. und Frau E. auffallend häufig in Konflikten mit dem eigenen Ehemann angewandt. Letztere äußerte seit der letzten Manie immer häufiger den Wunsch, sich von ihrem Gatten, von dem sie sich plötzlich eingeengt und bedroht fühlt, scheiden zu lassen, sobald die Depression vorbei sei. Mir gegenüber machte sie, die normalerweise ihre Aggressionen vermehrt gegen die eigene Person richtet, sich in längeren Schimpftiraden über seine Minderwertigkeit und geistige Unterlegenheit Luft.

(2) Darstellung der Aggression anhand eines Gespräches

Befrager: "Wie ist jetzt das Verhältnis zu Ihrem Mann?"

Frau E.: "Na ja, er ist ein Mann, der mit einer durchschnittlichen Allgemeinbildung überall ganz gut zurechtkommt, aber mir ist das zuwenig. Ich habe mich immer untergeordnet, so weit ich konnte. Ich hab' ihn nie merken lassen, daß ich der stärkere Teil war, aber ..."

Befrager: "Waren Sie früher der Bestimmende in der Ehe?"

Frau E.: "Ja, natürlich. Ich bin der Hauptteil in der Ehe. Das war ich schon immer, und von meinem Mann war das immer toleriert bis jetzt in jüngster Zeit, wo er plötzlich gemerkt hat: 'Mensch, ich bin ja ein Pantoffelheld!'"

Befrager: "Und was hat er denn gemacht, als er das gemerkt hat?"

Frau E.: "Erst hat er genörgelt und an mir rumgemault, weil ich rauche. Und dann hat er mich oft genannt: 'Mannweib! Du bist ein richtiges Mannweib!' Erst war ich darüber beleidigt, aber dann bin ich sogar stolz darauf gewesen, denn die Emanzipation der Frau wird doch überall so gepriesen. Ich bin schon als Kind emanzipiert gewesen."

Befrager: "Und das hat ihn gestört?"

Frau E.: "Na klar hat ihn das gestört. Die Nachbarn und die Leute, die wir kennen, sagen immer: 'Du hast eine Seele von einem Mann.' Aber ich kenne ihn doch besser (schreit auf). Ich kenne ihn doch besser! Ich weiß doch, was das für ein Mann ist! Der kann keinen Deut zurückstecken! Der kann mir geistig das Wasser längst nicht reichen! Ich habe ihn das nie merken lassen, aber jetzt, wo ich krank bin, habe ich ihm gesagt: 'Alter Freund, wenn Du Dich nicht um 180 Grad drehst, lasse ich mich scheiden, sobald ich gesund bin!'"

Befrager: "Dann haben Sie sich erst während der Depression Gedanken über eine Scheidung gemacht?"

Frau E.: "Nee, das war das zweite Mal. Im August habe ich ihm schon einmal eine Trennung vorgeschlagen. Ich habe ihm gesagt: 'Wir passen nicht zusammen.' Und hatte mit den Geldangelegenheiten schon alles geregelt. Ich hatte ihm schon eine Frau ausgesucht ..."
(Führt die Details aus.)

Befrager: "Und wie hat er reagiert?"

Frau E.: "Oh, er war rasend. Er hat auf meine Dankbarkeit gepocht und hat geschrien: 'Das habe ich nun davon, daß ich mich jahrzehntelang mit Dir frechem Weib herumgeärgert habe!' Na, wir haben uns schließlich darauf geeinigt, daß er mich in Ruhe läßt. Er läßt mich gehen, so gut er kann."

Befrager: "Da haben Sie sich wahrscheinlich ganz schön gestritten."

Frau E.: "Das mache ich öfter, daß ich ihn so lange reize, bis ich sehe, daß er mich am liebsten schlagen möchte. Aber er kann mich nicht schlagen, denn dann drohe ich ihm: 'Wenn Du mich einmal schlägst, nimmst Du Deine Koffer und gehst, ohne Geld.'"

Einen Augenblick später berichtet sie vom Grund ihrer Krankenhauseinweisung. Laut, fast schreiend, und sichtlich erregt gibt sie folgendes kurze Gespräch wieder, das sich zwischen ihr und ihrem Vater entwickelte, als sich jener zum wiederholten Male in die Erziehung der Kinder einmischen wollte:

"Ich habe zu ihm gesagt: 'Alter Freund, wenn Du einmal meine Kinder anrührst, dann haue ich Dich an der Tür raus!' Da sagte er: 'Du freches Weib!' und hat mir Prügel angedroht, aber 'Wag es nicht', hab' ich ihm gesagt, 'Wag es nicht! Wenn Du mich anrührst, schlag' ich Dir den Stuhl auf dem Kopf kaputt!' Da hat er vielleicht getobt, und ich hab' den Stuhl genommen und gesagt: 'Wenn die Mutter mir nicht beigebracht hätte, die Hand von dem würde abfaulen - abfaulen! -, der sie gegen seine Eltern erhebt, ich hätte Dich schon längst aus dem Fenster geschmissen, Dich vertrieben. Du brauchst Dich nicht zu beklagen! Du hast Dein Erbgut mir vermacht! Ich bin so frech wie Du!"

Diese beiden Gesprächsausschnitte stammen aus der manischen Phase von Frau E.'s Depression. Der Inhalt und der laute, erregte Tonfall, in dem sie spricht, zeigen, wie sich im Verlauf des Gesprächs ebenso wie im Ablauf ihrer Manie ihre Aggressivität immer weiter steigert, bis sie in der tätlichen Drohung gegen ihren Vater ihren Höhepunkt erreicht hat. Ihr provokatives Verhalten gegen Vater und Ehemann zwingen diese ihrerseits zur Aggression. Das gestattet ihr, sich in die moralisch abgesicherte Defensive zurückzuziehen.

Außerdem wird hier klar, daß die aggressive Grundhaltung wohl die ganze Zeit vorhanden war, die Manie aber erst den spontanen Ausbruch gestauter Gedanken und Gefühle verursachte. Bei Frau E. richteten sich die Aggressionen vor allem gegen die Familie, jedoch warnte sie mich beim ersten Gespräch ausdrücklich vor dem Kontakt mit ihr: "Geben Sie bloß acht, daß ich Ihnen nichts tue! Ich bin aggressiv! Ich habe sogar meinen Vater fast zum Fenster rausgeschmissen!"

(3) Flucht

Während aggressive Verhaltensweise vorwiegend die manische Phase und die erste Zeit nach der Depression betreffen, ist vor und während der Melancholie eine überwiegend ängstliche Stimmung auffallend. Diese und der sich daraus entwickelnde Rückzug aus der Umwelt sowie die Furcht vor jeglicher Gesellschaft gehören zu den charakteristischen Symptomen der Depression. Das eigene Insuffizienzgefühl wird nicht kompensiert, sondern die Depressive gibt sich ihm hin, akzeptiert es und liefert sich gewissermaßen einer Erstarrung aus, die im totalen Rückzug aus allen Kontakten, dem Abbruch aller Brücken zur Umwelt und der Vernachlässigung sämtlicher Interessen besteht. Das umso mehr, als für das Versagen in allen Fragen des praktischen Alltags keine klare Ursache vorzuliegenscheint und die Frauen weder Krankheiten noch Alterungsprozesse dafür verantwortlich machen können. Die Frauen merken, daß sie sich der psychischen Blockade nicht aus eigener Kraft entziehen können und somit ihr Wille von der Umwelt abhängig geworden ist.

Die drei dominierenden Objekte der Ängstlichkeit depressiver Menschen sind: Die Bewältigung der Dingwelt, die Begegnung mit dem Mitmenschen und die vermeintlichen Pflichten gegenüber dem Über-Ich. Auf die Unfähigkeit der Frauen, ihren täglichen hausfraulichen Pflichten nachzugehen, wurde bereits hingewiesen. Sie fühlen sich "...unzufrieden mit allem und jedem ...", haben sich "... nichts zugetraut ..." und merken "...daß ich mich vor allem drücke ..." - "Ich hätte keine Lust mehr in meinem Haushalt", sagt Frau B., während Frau P. sich besonders von ihren morgendlichen Aufwachängsten belastigt fühlt: "Morgens vibriere ich, bis ich mich wieder gefangen habe." Diese Beklemmungszustände führen letztlich dazu, daß sich viele von ihnen in den Raum zurückziehen, in dem sie sich am sichersten fühlen:

das Schlafzimmer, um tagelang das Bett nicht zu verlassen.

Zwangsläufige Folge dieses Einigeln ist der Abbruch jeglicher Kontakte zur Umwelt und schließlich auch zu den Familienmitgliedern. "Ich hatte auch Angst vor den Leuten", formuliert es Frau E.. Frau P. hingegen schildert: "Wenn ich in den Kaufhof muß, dann muß mein Mann mit. Dann laufe ich wie ein kleiner Hund hinter ihm her, weil ich solche Angst habe, da komme ich nicht mehr raus." Menschenansammlungen in geschlossenen Räumen versetzen die Patienten in Panik, ob es sich um Kaufhäuser, Züge oder Kirchen handelt.

Die Furcht der depressiven Frau B. vor dem sonntäglichen Kirchgang und der Konfrontation mit der Religion kommentiert ihr Mann so: "Das war auch das Kranke, das Krankhafte an ihr." Frau E. zwingt sich zwar zum Besuch des Gottesdienstes, versteckt sich jedoch während der Andacht in den hinteren Bankreihen und erklärt, sie sei danach "... wie ein rüddiger Hund nach Hause gegangen, daß mich niemand anspricht und sieht". Während die Metapher vom kleinen Hund von Frau P. benutzt wird, um die Hilflosigkeit des einzelnen und seine Abhängigkeit von den wenigen, zu denen noch ein Kontakt besteht, zu beschreiben, gebraucht Frau E. den Vergleich mit dem rüddigen Hund, um dem Zuhörer plastisch zu vermitteln, wie sie sich selbst sieht: krank, niedrig, schwach und abstoßend. Die Krankheit stößt sie aus ihrer Umwelt ins Leere.

Weniger die Angst vor den Mitmenschen hindert Frau E. am Besuch der Kirche, vielmehr ist es ihre elementare Furcht vor religiöser Betrafung wegen ihrer Suicidversuche. Was ihren Glauben anbelangt, so verdeutlicht ihre Erklärung, wie ihr die Diskrepanz zwischen ihrem Ich-Ideal und ihrem realen Verhalten bewußt wird: "Du hättest vor deinem großen Chef gestanden, vor deinem Herrn und Richter, und dann hätte der dich angeguckt und

gesagt: 'Was hast Du gemacht? Du hast Dich umbringen wollen? Fahre fort, Du Verfluchte!' Der hätte mich vielleicht in die Hölle geschickt, und dann wäre alles für die Katz' gewesen."

Auffallend ist hier, daß sich jetzt besonders diejenigen, die unter religiösen Kautelen erzogen wurden, dieser Problematik entziehen wollen. Sie fühlen sich in der Depression unwürdig und minderwertig, empfinden sie aber andererseits als gerechte Strafe für eben diese Minderwertigkeit.

Kontaktfreudigkeit und Freundeskreis

Alle Depressiven werden als kontaktfreudig in ihrer Jugend beschrieben, hatten einen großen Freundeskreis und schienen immer von Menschen umgeben. Mit zunehmendem Alter, Heirat, Krieg und Vertreibung aus der Heimat bröckeln im Laufe der Zeit immer mehr Kontakte ab, und der Tätigkeitsbereich des Einzelnenengt sich immer weiter ein. Im gleichen Maße wie der außerfamiliäre Kreis der Kontaktpersonen abnimmt, festigt sich die Bindung an die Kleinfamilie, wobei allmählich die Vertrautheit mit Angehörigen der Großfamilie, mit Geschwistern etc. abnimmt.

Folglich beschränkt sich jetzt das Interaktionsfeld der meisten Depressiven auf Ehemann und Kinder, womit sie völlig zufrieden sind. Die Begegnungen mit Eltern und Geschwistern sind auf ein gerade noch vertretbares Minimum abgesunken. Frau B. gibt sogar ehrlich zu, daß sie mit ihren Besuchen nur den Konventionen Rechnung tragen möchte und vermeiden wollte, daß sich die frühere Familie zurückgesetzt fühle. Sonst gibt es nur noch lose Bekanntschaften mit Nachbarn und Bewohnern des Viertels, aus denen sich in keinem Falle Freundschaften entwickelt haben. Diejenigen, die einer beruflichen Betätigung oder Halbtagsarbeit nachgehen, haben bislang keine Absicht bekundet, auf ihrer Arbeitsstelle Freundschaften zu beginnen. In allen Fällen fehlt die direkte Vertrauensperson, die Freundin oder eine Person, zu

der eine tiefergehende menschliche Beziehung besteht.

Der Grund dieser relativen Abgeschlossenheit liegt zum einen darin, daß diese Frauen bis auf wenige Ausnahmen große Schwierigkeiten haben, Kontakte zu knüpfen. Sie wirken beim Zusammentreffen mit Bekannten gehemmt und unsicher und legen Fremden gegenüber ein gewisses Mißtrauen an den Tag. "Man soll sich seine Leute erst prüfen, mit denen man Kontakt hat", ist die vorherrschende Meinung. Häufig dient der zeitliche Aufwand für die Hausarbeit als Vorwand. Es wird auf Kriege, Flucht und Umzug hingewiesen, und einige beschwerten sich über den Ehemann, den sie als zu träge empfinden, der ihre Bewegungsfreiheit einengt und hemmt. Die wenigen Frauen, die ab und zu mit Halbtagsarbeiten und in Vereinen beschäftigt sind, achten sorgsam darauf, keine fremden Elemente in den Familienkreis zu tragen und keine engeren Kontakte zu knüpfen. Trotzdem sie bemüht sind, die Struktur ihres Umfeldes möglichst unverändert zu erhalten und ihren Wirkungskreis so überschaubar wie möglich zu gestalten, sich allen Veränderungen und Umgestaltungen abhold zeigen, kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß bei einem hohen Prozentsatz das Kontaktbedürfnis das Ausmaß der Kontaktfähigkeit übersteigt. Diejenigen, die wie Frau P. behaupten, sich in ihrer relativen Isolation wohlfühlen und keine weiteren Bekanntschaften zu benötigen ("Mein Mann und ich, wir distanzieren uns gerne."), scheinen in der Minderzahl zu sein.

Im Zusammenhang mit der Depression ändert sich das Bild dahingehend, daß im Krankenhaus oft erste zaghafte Annäherungsversuche an Leidensgenossen unternommen werden. Obwohl diese Bekanntschaften in der Regel nicht von langer Dauer sind, scheint die Feststellung des Depressiven, daß andere das Gleiche durchlebt haben wie er, ihre innere Blockade zeitweilig zu durchbrechen und sie dazu zu bewegen, wieder den ersten Schritt in ihre Umwelt zu tun. Sofern die Kontakte noch einige Zeit nach dem Klinikaufenthalt bestehen

bleiben, werden sie ausschließlich dazu benutzt, die Thematik ihrer Depression zu behandeln, wie der Depressive wohl über dieses Motiv am ehesten ansprechbar ist und am bereitwilligsten Auskunft erteilt. Dabei artet das sachliche Gespräch oft in eine einseitige Tirade aus über bisher durchgemachtes Leiden und das Unverständnis der Familie. Deshalb ist das Verhältnis zu der befragenden Person, dem Doktoranden, oft besonders herzlich, was die Familienangehörigen mit Befremden und Zurückhaltung betrachten. Der Depressive versucht, einen persönlichen Kontakt herzustellen und erreicht dadurch mitunter, daß das Interview mit umgekehrten Vorzeichen geführt und der Befrager zum Befragten wird.

Auch im Verlauf einer Manie nehmen die auf die Umwelt gerichteten Aktivitäten oberflächlich zu, arten jedoch sehr schnell in eine - man könnte sagen - überschießenden Reaktion, die Aggression, aus. Sie ist wohl kaum als ernsthafter Kontaktversuch zu werten, sondern stellt sich mehr als wahlloser, in alle Richtungen erfolgreicher, ungezielter Ausbruch aus dem Käfig depressiver Erstarrung dar und ist deswegen nur von kurzer Dauer. Sie bricht mit dem Zeitpunkt ab, an dem die Manie endet, und wird von der Umwelt mit Zurückhaltung und Skepsis aufgenommen.

Die Veränderung der Umweltkontakte im Verlaufe der Melancholie

Voraussetzungen

Die Familienstruktur vor Beginn der Depression stellt sich folgendermaßen dar: Eine dominante, impulsgebende Frau, die ihr Betätigungsfeld nahezu ausschließlich im Haushalt sieht. Ein von einigen Ausnahmen abgesehen passiver Ehemann, der ebenfalls seine Abgrenzung nach außen vorzieht. Ein oder mehrere Kinder, deren Interessengebiete sich auffallend häufig im häuslichen Rahmen finden. Diese Konstellation ändert sich mit Eintreten der Melancholie in gleichem

Maße, wie die Persönlichkeit des Depresiven wechselt. Vorher bildete das gegenseitige tiefe Verständnis der Ehepartner, ihre synchronen Ansichten und die jeweilige Bestärkung des anderen in seiner Meinung ein solides Bollwerk gegenüber strukturverändernden und die Betroffenen störenden Einflüssen von außen. Das betont innige und liebevolle Verhältnis zwischen Mutter und Kindern festigte die Gemeinschaft nach außen und gab der Frau Sicherheit und Vertrauen in ihre starke Position in der Familie.

Mit Beginn der Depression verändert, nivelliert und entdifferenziert sich nun allmählich und kaum spürbar die ganze Persönlichkeit der Betroffenen und bringt somit einen Störfaktor in die familiären Interaktionen. Die veränderte Einstellung der Depressiven zur Umwelt ruft Reaktionen hervor, die sich von den bisherigen unterscheiden. Die Symptomatik der Depression ist in den Lehrbüchern vielfach beschrieben und gehört zum medizinischen Standardwissen, deshalb möchte ich hier nur kurz die Beschwerden beschreiben, die als besonders belastend empfunden werden und eine direkte Einwirkung auf die Umweltbeziehungen zeitigen.

Hier reicht die breite Skala psychischer Labilität von Unrast, Übererregbarkeit, Weinkrämpfen und einer manchmal quälenden Überempfindlichkeit der Sinnesorgane zum Verlust der Eigeninitiative und zur totalen Abkapselung. Die Depressiven schwanken zwischen Aggressionen gegen die Bezugspersonen und Selbstmordideen, die nicht immer demonstrativen Charakter haben. Sie sind nicht mehr dazu in der Lage, die einfachsten Verrichtungen im Haushalt zu versehen, so wie sie es früher gewohnt waren, und leiden in erhöhtem Maße unter der eigenen Nutzlosigkeit, zumal sie von Natur aus arbeitsam und fleißig sind. Ihre Angst vor Kontakten mit weniger vertrauten Personen und ihr Zurückschrecken vor Menschenansammlungen sind auffällig. Sie leiden einerseits unter Schlaflosigkeit und finden sich andererseits beim Erwachen dem bedrückenden Gefühl ausgeliefert, am Fuße

eines erdrückenden Berges von Arbeit und Problemen zu stehen, den sie niemals überwinden können.

Frau P. formuliert es so: "Morgens steht schon ein großer Berg vor mir, und da denk' ich, da komme ich nie rüber." Währenddessen liegt die Belastung für Frau B. und Frau E. mehr in dem psychischen Erstarren und der Unfähigkeit, Gefühle und Empfindungen ausdrücken zu können: "Wo andere ein Herz hatten, hatte ich wie einen Stein. Ich habe gar nichts gefühlt." Zwar ist bei allen im Anfangsstadium der Wille ziemlich ausgeprägt, die Angehörigen nichts von ihrem Zustand merken zu lassen, aber mit der langsamen Verschlechterung ihres Zustandes wird den Familienmitgliedern die Veränderung im Benehmen immer deutlicher bewußt.

Reaktion der Familie und Gegenreaktion

Ogleich die meisten Depressiven sich fast von Anfang an darüber im klaren sind, daß die Wurzel allen Übels im psychischen Sektor zu suchen ist, neigen die Verwandten, oft auch der Arzt, durchschnittlich ein halbes Jahr lang dazu, den physischen Begleitbeschwerden wie Schlaflosigkeit und Menstruationsstörungen den Vorrang zu geben und die Persönlichkeitsveränderungen zu ignorieren. Da der Patient seine Beschwerden nicht definieren kann, besteht die Reaktion der Umwelt auf sein ungewohntes Verhalten zunächst in Unverständnis und beschwichtigender Duldung. Als erstes fällt auf, daß der Depressive sich in hektische Arbeit, z. B. in seinen Putzfimmel, flüchtet. Dann beginnt er, sich von seinen Familienangehörigen zurückzuziehen. Das drückt sich meist darin aus, daß er sich aus dem Familienarbeitsraum in den Teil der Wohnung flüchtet, in dem er sich sicher und ungestört fühlt - ins Schlafzimmer. Der Ehemann registriert ein Nachlassen der Libido, die schließlich zum Erliegen aller sexuellen Aktivitäten führt und bei Frauen gelegentlich mit Menstruationsunregelmäßigkeiten korreliert ist. All dies wirkt sich lähmend auf das Leben der Familie aus und vergiftet die Atmosphäre.

Als nächstes schlagen Nachsicht und Ratlosigkeit der Familie in offenes Unverständnis, schließlich in Kritik um. Die freundlichen Appelle bleiben aus, und mit der Begründung "Ihr geht es doch gar nicht so schlecht!" oder "Sie hat doch alles was sie will!" bemängelt die Familie zunächst die schlampige Haushaltsführung. Das führt zunehmend zu Gewissenskonflikten der Depressiven, zumal sie selbst unter ihrer Tatenlosigkeit leidet. In Wirklichkeit richtet sich die Anklage jedoch mehr gegen die Interesselosigkeit, die Einengung der Persönlichkeit und die fortschreitende Abkapselung von Ehemann und Kindern. Die Veränderung wird nicht als Krankheit oder als schwerwiegende psychische Alteration gedeutet, sondern als Sich-gehen-Lassen. Der Schwiegersohn von Frau P., der selbst Arzt ist, rät dem besorgten Gatten beispielsweise: "Versuch' es mit Güte, und wenn das nicht geht, dann - auf deutsch gesagt - tritt sie in den Hintern!" Mahnungen wie: "Reiß' Dich zusammen! Was soll denn das!" häufen sich und stürzen den Patienten in immer größere Verzweiflung. Endlich artet die gereizte Stimmung der Betroffenen in Streitigkeiten, massive Vorwürfe und - wie bei Familie B. - sogar in Tätlichkeiten aus. Herr B. berichtet, seine Frau gehorfeigt zu haben, und motiviert diese Handlung so: "Ich wollte ihr nur einen Schock versetzen."

Die Tatsache, daß die Familie in geschlossener Front gegen sie steht, das Bewußtsein eigenen Versagens, die Gewissensbisse und das Gefühl, sich in einer Verteidigungsposition zu befinden, treiben den Depressiven schließlich in eine übersteigerte Gefühlshaltung. Die Patienten, die von jeher tatkräftiger und angriffslustiger veranlagt schienen oder aber in eine manische Phase geglitten sind, reagieren mit offener Aggression. Frau B.'s Aversion gegen Ehemann und Kinder gipfelt in Morddrohungen: "Ich kann sie nicht mehr leiden! Ich kann Dich nicht mehr leiden!" Und Frau E., die mich vor ihrer Gefährlichkeit warnte, wollte mit einem Stuhl ihren Vater aus dem Fenster treiben. Frau P. hingegen flüchtet sich in Apathie und trifft ihrem Wesen entsprechend Anstalten, allen Konflikten aus dem Weg zu gehen, indem sie

sich zunächst mit Alkohol zu betäuben sucht und - als dies nichts fruchtet - zu Schlaftabletten greift: "Ich habe nur noch geschlafen, nur noch Schlaftabletten genommen. Wie ich eingeliefert worden bin, wär's fast einer (Suicid) geworden, ohne daß ich es gewollt habe. Ich habe im Unterbewußtsein immer wieder Tabletten geschluckt."

Suicidversuche kommen bei Depressiven häufig vor: Frau P. nimmt Betäubungsmittel, eine andere Patientin stürzt sich die Treppe herunter und Frau E. wird in ihren komplizierten Vorbereitungen, einen defekten Rasierapparat einzuschalten und gleichzeitig in die Badewanne zu steigen, nur vom Gasableser gestört. Wenn auch in diesem Fall eine ernsthafte Absicht nur vorgetäuscht sein mag, so sind ein Teil dieser Unternehmungen durchaus ernst gemeint und symbolisieren im Verein mit der Einengung des für sie relevanten Umfeldes entweder die Flucht aus einer ausweglosen Verstrickung in depressive Lähmung und Familienaversion oder umgepolte, gegen die eigene Person gerichtete Aggression, die dem Schuldgefühl der Patienten und ihrem paradoxen Wunsch nach Selbstbestrafung entsprechen. Im Falle von Frau E. scheint der Suicidversuch, von dem sie bereitwillig erzählt, hauptsächlich dazu zu dienen, die Familie auf sich aufmerksam zu machen und durch eine Betonung ihrer verzweifelten Lage eine letzte Kommunikationsmöglichkeit zu suchen.

) Die Depression aus familiärer Sicht (Gespräch mit dem Ehemann)

Die Veränderung seiner Frau und der sich daraus ergebende Wechsel im Interaktionsmuster der Familie beschreibt Herr B.:

Herr B.: "Ach, das hat sich so entwickelt. Auf einmal konnte sie nicht mehr schlafen und ist dauernd wach geworden. Und ich war bei der Arbeit und habe dann geschlafen. Und da hat sie mich immer angestoßen und gesagt: 'Was? Du kannst schlafen?' Das war eine hektische Zeit. Das muß ich sagen:

Das war eine hektische Zeit. Und das hat sich dann alles weiterentwickelt. Bis auf ein Mal, da konnte ich das nicht mehr ertragen. Wir waren mittlerweile bei Doktor N. Da bin ich mittags heimgekommen von der Arbeit, und da hat sie am Tisch gehockt und gesagt: 'Ich kann nicht mehr! Ich weiß nicht! Ich hab' keine Lust!' Hat sie Ihnen das auch erzählt?"

Befrager: "Ja!"

Herr B.: "Das auch: Hat sie auch gesagt, daß sie die Kinder umbringen wollte?"

Befrager: "Nein, das hat sie nicht gesagt."

Herr B.: "Passen Sie auf. Das soll auch da drauf (auf das Tonband). Das war so: Ich bin mittags heimgekommen, hatte Frühschicht. Ich muß mich sehr besinnen."

Befrager: "Das ist ja auch lange her."

Herr B.: "Ja, aber das hat sich so eingegraben, daß ich's trotzdem noch weiß. Da hat sie gesagt: 'Heinz, das geht nicht mehr so weiter! Ich kann nicht mehr schlafen. Ich bin noch ganz fertig!' Sie hatte auch abgenommen. Und dann muß ich noch was sagen: das Sexuelle war vollkommen flachgefallen. Das gehört ja auch dazu. Wenn ich mit den Nerven fertig wäre, könnte ich ja auch an nichts denken wie an Sterben, Kinder-Umbringen und Selbstmord."

Befrager: "Was hat sie über die Kinder gesagt? Gingen die ihr auf die Nerven?"

Herr B.: "Ja. Sie hat gesagt: 'Ich kann sie nicht mehr leiden! Ich kann Dich nicht mehr leiden!' Und da war sie vollkommen durchgedreht."

Befrager: "Das muß doch eine ganz schlimme Atmosphäre gewesen sein?"

Herr B.: "Allerdings! Das war sehr schlimm! Das hat sich gut ein Dreivierteljahr hingezogen. Sechs, sieben, acht Monate ist das immer so gegangen. Das ist natürlich immer schlimmer geworden. Das war nicht immer so, das war jetzt der Höhepunkt."

Befrager: "Was haben Sie da gemacht?"

Herr B.: "Ich bin mit ihr sofort zum Doktor. Und da hat sie 'ne Spritze gekriegt, und er hat gesagt, daß sie dann schläft. Und dann bin ich mit ihr heim, hab' sie ausgezogen, ins Bett gelegt. Ich hab' dann gehorcht, was sie macht. Die hat nicht geschlafen, die war immer unruhig. Und da hab' ich dem Doktor gesagt: 'Das geht ja nicht. Sie will uns umbringen und will sich umbringen und will die Kinder umbringen.' Und daraufhin hat er sie ins Krankenhaus überwiesen."

Befrager: "Hat sich's dann gebessert?"

Herr B.: "Ja, da war sie im Krankenhaus, und da kann ich mich noch gut erinnern. Sie hat erst auf dem Gang gelegen, und nach gut drei Tagen ist sie dann reingekommen in den Saal. Und die ersten Tage durfte ich dann nicht zu ihr. Und nach einer Woche bin ich dann hingekommen und habe gesagt: 'Maria, Du kannst sofort mit heimgehen!' So aufgeweckt war sie da. Die Frau hätte ich mit heimnehmen können. Nach fünf Tagen hat sie schon ausgegeben, Teller verteilt und geholfen. Da hab' ich meine Frau endlich so kennengelernt, wie sie früher war."

Hier wird geschildert, wie die Front der Familie gegen Frau B., die eigene Ohnmacht und das Bewußtsein des Versagens sie in eine Lage treiben, in der sie nur noch emotional, sogar übersteigert emotional handelt. Der von der Familie registrierte Wandlungsprozeß, der nicht unbedingt mit dem Zustandsbewußtsein des Depressiven identisch sein muß, läuft in vier Phasen ab: einem Vorstadium, das sich in Schlaflosigkeit und sexuellem Desinteresse ausdrückt, der totalen Resignation, einem Zeitabschnitt, in dem die Patientin in ihrer Verfassung den laienhaften Vorstellungen vom Zustandsbild einer Depression am nächsten kommt, der Aggression und schließlich der Regeneration nach der Klinikeinlieferung. In diesem Ablauf werden nach und nach alle der Familie vertrauten Wesenszüge abgelegt. Dadurch wird es der Gemeinschaft unmöglich gemacht, in unverändertem Beziehungsgefüge mit der Patientin zu leben. Die normale Familienstruktur löst sich auf. Auffallend sind weiterhin die lange Zeitspanne von etwa einem Jahr bis zur Einweisung in die Klinik und die Tatsache, daß der Ehemann zwei für ihn verschiedene Personen unterscheidet und beschreibt. Erst nach dem Klinikaufenthalt sieht er seine Frau wieder "... wie sie früher war ..." und akzeptiert sie.

d) Der Weg zum Arzt

Von dem Augenblick an, in dem sich die Depression anbahnt bis zu ihrer Manifestation, vom Beginn der ersten Symptome bis zur Klinikeinweisung, dauert es übereinstimmend bei allen Depressiven circa ein halbes bis ein dreiviertel Jahr. Diese sehr lange Zeitdauer setzt sich aus verschiedenen Perioden zusammen. Die allmähliche subjektive Persönlichkeitsveränderung und die relativ späte Manifestation objektiver Beschwerden, dazu noch die mangelnde Eigeninitiative lassen Depressiven und Umwelt zunächst glauben, der Zustand sei vorübergehend und bedürfe keiner ärztlichen Behandlung. Der Zeitpunkt des Beginns psychiatrischer Therapie wird durch das mangelnde Verständnis der Familie weiter hinausgeschoben.

In relativ spätem Stadium treiben körperliche Beschwerden den Depressiven zum Allgemeinpraktiker, der sich jedoch in den weitaus meisten Fällen der Situation nicht gewachsen zeigt und Beruhigungsmittel verabreicht, eine Kur verschreibt, in einem Falle sogar eine Hypothyreosetherapie einleitete. Ansonsten werden vage Erklärungen wie: "Der Darm drückt auf Ihr Herz!" abgegeben. Drei meiner Patientinnen waren beim gleichen Arzt in Behandlung und verweisen übereinstimmend darauf, daß er ihnen nur widerwillig Medikamente verschrieb, sie nur oberflächlich behandelte und sich über lange Zeit weigerte, sie in die Klinik zu überweisen. So ist es nicht weiter verwunderlich, wenn das Verhältnis der Depressiven zu ihrem Hausarzt gespannt und von latenten Aggressionen begleitet ist und Meinungen wie: "Der will an uns doch bloß verdienen!" vorherrschen.

In einem Teil der Fälle wird die Depression als solche diagnostiziert, und es werden Antidepressiva verschrieben. Nur ein einziger Arzt jedoch macht sich die Mühe, individuell auf die Patientin einzugehen und ihr das tröstliche Gefühl zu vermitteln, gemeinsam mit ihr gegen die Depression anzukämpfen: "Frau M., wir schaffen es, wir schaffen es auch ohne Krankenhausaufenthalt mit Tabletten."

Bei allen anderen Patientinnen beginnt nun der lange Weg über verschiedene Fachärzte, vom Homöopathen bis zum Neurologen. Erst als sich ihr Zustand auch dann nicht bessert und sie sich auch weiterhin niedergeschlagen und irritiert zeigen, greift der Ehemann ein und bewegt den behandelnden Arzt zur Klinikeinweisung. Nur in extremen Fällen, nämlich dann, wenn er sich außerstande sieht, seine Patientin alleine weiterzubehandeln, besteht auch der Psychiater auf einer Weiterbehandlung im Krankenhaus. Dies geschieht bei Frau E., als er einen Suicid fürchtete. Zu diesem Zeitpunkt kommt es nur in einem Falle vor, daß die psychische Situation der Depressiven verkannt wird und der Arzt droht: "Nehmen Sie sich zusammen oder ich schicke Sie nach Goddelau!", eine geschlossene Anstalt, die bei der Bevölkerung in eindeutig negativem Rufe steht.

Erst wenn die vier Faktoren - besondere Eigenart der Manifestation, Antriebsschwäche, Ignoranz der Familie und zögernde Haltung des Arztes - ausgeschaltet sind und ein Klinikbett zur Verfügung steht, kommt der Depressive in fachmännische Behandlung. Allerdings ließe sich im letzten Fall wirksam Abhilfe schaffen. Durch gezielte Information des Allgemeinpraktikers könnte die bis zur Einweisung verstreichende Zeit erheblich verkürzt und für die Heilung des Depressiven genutzt werden.

e) Das Verhältnis zu Kontaktpersonen in der Klinik

Nachdem die Diagnose der Depression gestellt worden ist, zeigen sich die Angehörigen erleichtert, weil sie sich von weiterer Verantwortung entbunden fühlen und der Kranke in der Klinik gezielt behandelt werden kann. Die Situation des Betroffenen ändert sich jäh. Das Objekt seiner Aggressionen - Haushalt und Familie - wird ihm genommen und die Zuflucht in Phlegma und Abkapselung wird ihm verwehrt. Er ist gezwungen, sich mit seiner Umwelt, mit Arzt, Personal und unmittelbaren Bettnachbarn, zumindest oberflächlich auseinanderzusetzen. Die Beziehung zu dem Psychiater ist am Anfang oft von dem Mißtrauen geprägt, das von Haus- oder Nervenarzt hervorgerufen wurde, wandelt sich aber mit wachsendem Behandlungserfolg in Sich-Fügen und Dankbarkeit. Das Verhältnis zu den Mitpatienten gestaltet sich dagegen komplizierter.

Zu Beginn des Klinikaufenthaltes sieht man häufig eine Schockreaktion, die sich darin ausdrückt, daß einige der Patienten die Klinik sofort wieder verlassen wollen und nur mit überzeugenden Argumenten zum Bleiben veranlaßt werden können. Sie fühlen sich von den Insassen abgestoßen und klassifizieren sie als "Irre" ein: "Irre bin ich ja auch, aber ich habe doch wenigstens nicht meinen Verstand verloren." Obwohl sich der erste Abscheu bald legt, finden einige Depressive auch später keinen Kontakt zu den übrigen Patienten: "Ich kenne ja keinen. Die sind mir doch alle fremd. Was soll man auch schon groß miteinander reden."

Meistens beginnt sich die Beziehung zu den Mitpatienten parallel zur fortschreitenden Behandlungsdauer und dem steigenden Therapieerfolg zu verändern. Es bilden sich Gruppen; Eingeweihte werden von Außenseitern unterschieden. Dieses Verhalten beruht auf mehreren Faktoren, die insgesamt ursächlich beteiligt sind. Ihr Wissen darum, daß sich der Bettnachbar mit den gleichen Problemen wie sie befaßt, ihr geradezu klinisches Interesse an eigenen und fremden Symptomenkomplexen und die Einengung des geistigen Horizontes auf die Grundbedürfnisse Nahrungsaufnahme, Schlaf und Behandlung bewirken schon bald eine Konzentration ihrer gesamten Aufmerksamkeit auf den Nachbarn und eine Identifikation mit dessen Situation. Deswegen Mitgefühl und Zuneigung sowie das Bewußtsein, sich durch die eigene Fürsorge unentbehrlich zu machen, steigern das in der Gruppensituation ohnehin gehobene Selbstbewußtsein. "Niemand, der nicht eine Depression einmal durchgemacht hat, kann verstehen, wie furchtbar das ist", sagt Frau K. Aber sie entdeckt in der Klinik, daß nicht nur sie des Verständnisses bedarf, sondern daß viele noch hilfloser sind. Dieser Appell an ihre mütterlichen Instinkte bewirkt ebenso wie bei Frau E., daß sie sich je nach Energie und Tatendrang an der Stationsarbeit beteiligen.

Demgegenüber darf jedoch nicht übersehen werden, daß viele Patienten diese Form der Geselligkeit nur notgedrungen aufrechterhalten, sozusagen als Anpassungsmechanismus auf die veränderten Umweltbedingungen. Soweit wie möglich legen sie das gleiche Benehmen wie zu Hause an den Tag. Hemmend auf die Entwicklung eines komplexen Gruppenbewußtseins wirken sich vor allem die Erwartungen aus, die Gruppe und Klinik an ihr Verhalten stellen. Überdies erleben die Depressiven, nachdem sie schon die eigene Depression als von ihrer Persönlichkeit abgespalten betrachtet haben, die Melancholie der anderen Krankenhausinsassen noch einmal "anders" als die eigene. Finden sie für die eigene immerhin noch Rechtfertigungsgründe wie Streß, besondere Umweltkonstellationen, Krankheit, so lehnen sie

eine enge Identifikation mit den anderen "Geisteskranken" ab. Einige verschließen sich jeglicher Kommunikation und verharren voller Ablehnung in ihrem Bett, das ihnen Schutz bietet. Letztlich richtet sich auch das Verhalten im Krankenhaus weitgehend nach Temperament und Gefühlslage des einzelnen.

Wie der Unfallgeschädigte wieder gehen lernt, so lernt der Depressive im Krankenhaus nach und nach, wieder von seinen Kommunikationsmöglichkeiten Gebrauch zu machen. Im Gespräch mit dem Arzt, im Kontakt mit dem nächsten Nachbarn und bei diversen Gruppenunternehmungen wird der Wiedereingliederungsprozess in die Gemeinschaft Schritt für Schritt vorangetrieben. Letztes Stadium sind gemeinsame Unternehmungen außerhalb des Klinikgeländes und Wochenendbesuche zu Hause. Während die meisten Patienten eine Therapiedauer von mindestens vier Wochen benötigen, meint Herr B. bereits nach fünf Tagen: "Da habe ich meine Frau endlich so kennengelernt, wie sie früher war." Seine Wortwahl verdeutlicht wohl am besten, wie fremd sich die Ehepartner während der Depression geworden sind und wie sehr sich beide darum bemühen, diese Phase aus den gemeinsamen Erinnerungen auszuklammern.

f) Die Wiedereingliederung in Familie und Gesellschaft

Obwohl der Depressive reichlich Gelegenheit erhält, sich im Verein mit anderen Krankenhausinsassen schrittweise ins gewohnte Umfeld einzufügen, ehe er endgültig nach Hause entlassen wird, tritt am Tag der Rückkehr bei einigen Patienten ein erstaunliches Phänomen auf. Frau E. fühlt sich schon während ihrer gelegentlichen Stippvisiten zu Hause "... als ob ich zu Besuch wäre ...", und Frau B. kommt "... alles ganz fremd vor ...". Sie schildert, wie sie durch die ganze Wohnung geht, alles ordentlich und unverändert vorfindet - die Familie hat ihr Blumen geschenkt und ein großes Schild "Herzlich willkommen!" gemalt - und trotzdem das Gefühl hat, Zimmer zu durchschreiten, die sie zum erstenmal sieht. Das kommt ihr

umso unfaßlicher vor, als sie sich bei ihren vorherigen Besuchen sehr wohl, ja fast heimisch gefühlt hat.

Sie empfindet gerade die Ordnung und Sauberkeit in der Wohnung als kränkend, weil ihr - wie sie meint - dadurch demonstriert wird, daß sie in der Familie entbehrlich sei und man auch ohne sie zurechtkomme. Sie sieht ihre Stellung als Zentralperson gefährdet. Diese Vorstellungen kulminieren in dem Verdacht, Ehemann und Kinder hätten sich gegen sie "zusammengetan". Diese sehen es hingegen als ihre Pflicht an, die mit Krankenhauseinweisung freigeordnete Rolle wohl oder übel auszufüllen, geben aber hinterher erleichtert Rolle und Aufgabengebiet an den früheren Inhaber zurück. Trotzdem fühlt Frau B. sich - ähnlich wie eine andere Patientin - zunächst ausgeschlossen, abseits, hat aber nur im Gegensatz zum Beginn ihrer Depression - sonst schlösse sich der Kreis wieder - genügend Antrieb und Initiative zurückgewonnen, um ihre Position im Kreise der Familie wieder einzunehmen.

Übereinstimmend erklären alle Depressiven, daß ihnen während der ersten Wochen zu Hause die Rückeingliederung in Familien- und Gesellschaftsstruktur schwerfiel. Nichtige Anlässe lösen Weinkrämpfe aus, und Stunden des Alleinseins haben "seelische Niederstände" zur Folge. Sie überwinden diese Phase mit Durchhalteparolen wie "Ich schlucke nichts mehr!" oder "Ich lasse mir nichts mehr gefallen!", durch Kontaktsuche ("Depressive sollten meistens unter Menschen sein!") oder mit Hilfe einer Beschäftigungstherapie ("Man muß einmal am Tag einen Spaziergang machen!"). Nach einigen Wochen jedoch verfallen viele wieder in denselben Trott wie vor der Depression, so daß es ihnen nicht gelingt, ihr Umfeld zu erweitern und die Faktoren, die vorher zur Manifestation ihrer Melancholie führten, aus der Welt zu schaffen. Mit Unterstützung ihrer Familie, die sich sehr um ihre Unterhaltung bekümmert, schaffen sie zwar die Rückkehr in ihren gewohnten Kreis, damit jedoch abermals die umweltbedingten Möglichkeiten zum Eintreten einer neuen Depression.

8. Die familiären Interaktionen nach Ablauf der Depression

Es wurde schon erwähnt, daß die Familie dem Depressiven in fast allen Fällen die Rolle der zentralen Person im Haushalt freihält, ihn aber nicht in seinen Aufgabenbereich zurückzwingt. Die allgemeine Reue und Zerknirschung über das Verhalten vor der Krankenhauseinweisung, die Tatsache, daß der Depressive meist noch eine leicht veränderte Persönlichkeitsstruktur zeigt und deshalb als schonungsbedürftig betrachtet werden muß, rücken ihn in den Mittelpunkt wohlwollender Beachtung und allgemeinen Interesses. Die medizinische Behandlung und die Nebenwirkungen, die sich als entfremdend erweisen - Verlangsamung, Schlafbedürfnis, Zerstretheit - faszinieren die Angehörigen zutiefst. Überdies haben sie selbst eine Wandlung erfahren, was ihre Meinung über Persönlichkeitswandel und Verhaltensänderung der Ehefrau und Mutter anbelangt. Wurde die Melancholie vor ihrer Diagnostizierung als hysterisches Betragen oder Sich-gehen-Lassen aufgefaßt, so versetzen ihnen die gewonnene Einsicht in die Krankheit sowie das Bemühen um Verständnis für die Therapie der Klinik einen Schock. Es gelingt ihnen nur unter Schwierigkeiten, sich von Vorurteilen gegen die psychiatrische Behandlung freizumachen. Haben sie bisher die Insassen einer geschlossenen Anstalt als "Irre" abgetan, so verändert sich nun ihre Auffassung durch den direkten Kontakt mit einem Menschen, der sich während einer Melancholie psychisch gewandelt hat. Der Depressive wird nun als Kranker und die Depression als Kranksein im weiteren Sinne erkannt und verstanden.

Der entlassene Depressive wird nach dieser Auffassung behandelt. Alle Sorge der Familie konzentriert sich zunächst auf ihn. Man bemüht sich, ihn zu entlasten, aufzuheitern, versucht, für Abwechslung zu sorgen und geht daran, die normalen und früher vorhandenen innerfamiliären Beziehungen, die durch die Melancholie des Depressiven in Unordnung geraten sind, wiederherzustellen.

Gewissensbisse und Schuldbewußtsein der Angehörigen spielen hier eine große Rolle, denn sie machen sich wegen ihres Fehlverhaltens heftige Vorwürfe. So gibt zum Beispiel Frau P.'s Tochter zerknirscht zu: "Aber Mammi, ich habe doch gar nicht gewußt, daß Du so krank bist." Diese Einstellung der Angehörigen löst bei vielen Depressiven folgende Reaktion aus:

Mit einem Anflug von Triumph genießen sie die Aufmerksamkeit, die ihnen zuteil wird, und stellen fest: "Jetzt sind sie soo klein ... Das ist ganz gut so." Die meisten gehen einen Schritt weiter, indem sie die Depression zwar nicht der Familie anlasten, sie aber als Werkzeug dazu verwenden, sich einzelne Angehörige gefügig zu machen. Stereotype Formulierungen wie "Ihr ruiniert mir vollends die Nerven" und "Ihr bringt mich noch in die Klinik" werden angewandt, um Streitigkeiten zu ihren Gunsten zu beeinflussen und ihren Willen durchzusetzen. Nicht zuletzt diese Taktik hat zur Folge, daß sie wieder ihren früheren Aufgabenbereich und die Stellung, die sie vorher innehatten, einnehmen können.

Nur Frau E., die nach dem Klinikaufenthalt für sich mehr Freiheit und mehr Unabhängigkeit von ihrem Ehemann fordert, gelingt die Rückeroberung ihrer zentralen Position in keinem Bereich. Ihr Mann hatte - wie bereits oben erwähnt - die Depression seiner Frau dazu mißbraucht, sich ihre freie Position anzueignen und die Funktion als Haushaltsvorstand zu übernehmen. Da er der einzige war, der die Dominanz seiner Frau mißbilligt hatte und sich durch sie unterdrückt fühlte, versucht er schon während ihres Verweilens im Krankenhaus sich dadurch zu behaupten, daß er seine finanziellen Zuwendungen einschränkt, ihr verbietet, sich außerhalb des Klinikgeländes aufzuhalten, schließlich sogar in ihre Behandlung einzugreifen trachtet und in Kollision mit dem zuständigen Arzt gerät. Nach ihrer Rückkehr in die Familie stellt sie fest, daß er ihr die Erziehung der Kinder aus der Hand genommen hat und sie vollständig

aus ihrer früheren Stellung verdrängt hat, so daß sie sich gezwungen sieht, auf eine Halbtagsarbeit auszuweichen und darin ihre Bestätigung zu suchen.

9. Aufschlüsse aus dem FPI-Test

a) Erklärungen zu dem Test

Die Fragebogenaktion wurde im Rahmen unserer Untersuchungen nach dem Muster des 'Freiburger Persönlichkeitsinventars' vorgenommen und diente zur zusätzlichen Diagnostik einiger Eigenschaftsbereiche des Depressiven. Er wurde außerdem mit den Mitgliedern der Wohngemeinschaft und den nächsten Angehörigen durchgeführt, so daß wertvolle Aufschlüsse über das Fremdbild des Betroffenen gewonnen werden konnten. Der Persönlichkeitsstruktur des einzelnen soll an dieser Stelle mehr grundlegende Bedeutung beigemessen werden, wesentlich sind vielmehr ihre Auswirkungen auf das familiäre und gesellschaftliche Interaktionsmuster und die Beurteilung des depressiven Wesens durch die Familie.

Die Probanden hatten einen Fragebogen mit Items zu beantworten, die sich auf Befinden, Verhalten, Einstellung, Gewohnheiten und körperliche Beschwerden des Depressiven beziehen. Die individuellen Beantwortungsschemata lassen sich auf Aussagen über neun verschiedene Dimensionen der Persönlichkeit reduzieren: Nervosität, Aggressivität, Depressivität, Erregbarkeit, Geselligkeit, Gelassenheit, Dominanzstreben, Gehemmtheit und Offenheit. Zusammen mit der externen Objektivierung der Testergebnisse kann man drei zusätzliche Wertskalen konstruieren:

- Extraversion/Introversion
- emotionelle Labilität/Stabilität
- Maskulinität/Femininität,

in die sich die Personen graduell einordnen lassen.

Die Auswertung wurde von einem Psychologen vorgenommen.

Selbstbild des Depressiven

Hinsichtlich der charakterlichen Struktur der einzelnen Personen und ihrer Einstellung zu eventuellen Kontaktpersonen ergibt sich ein relativ einheitliches Bild, wenn man von Frau K. und Frau B. absieht. Die Frauen registrieren ihre depressiven Zustände meist sehr deutlich und weisen in diesem Zusammenhang oft auf körperliche Beschwerden und psychosomatische Allgemeinerscheinungen hin. Überdies besteht bei einigen Depressiven eine ausgeprägte Affektresonanz, d. h. es zeigen sich intensive vegetative und muskuläre Reaktionen bei emotionaler Erregung. Nahezu alle leiden unter hoher Stimmungslabilität und sind einerseits oft depressiv, traurig, pessimistisch, abgespannt und niedergedrückt; aber auf der anderen Seite reagieren sie mürrisch, reizbar, unzufrieden, schreckhaft und gespannt. Sie klagen über ein Gefühl der inneren Leere und Teilnahmslosigkeit, neigen zu Tagträumen und sehen sich selbst mehr als introvertierte und eigenbrötlerische Persönlichkeiten. Sie nehmen Kleinigkeiten, die für andere Menschen kaum belastend wären, auffallend ernst, lassen sich leicht entmutigen. Einige Patienten leiden an einem tiefgreifenden Insuffizienz- und Minderwertigkeitsgefühl. Das führt zu Grübeleien, Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen; bei einigen treten sogar reaktive oder Selbstaggressionen, bisweilen auch aggressive Affekthandlungen, auf. Ein teilweise egozentrisches Selbstbild und manchmal mangelnde Selbstkritik tragen weiter zur Abgrenzung des eigenen Wirkungsbereiches von der Umwelt bei.

Hier fallen besonders Frau B. und Frau K. aus dem Rahmen. Sie zeigen sich ausgeglichen, optimistisch sowie sorglos und fühlen sich dem Leben und allen seinen Schwierigkeiten gewachsen. Sie schildern sich als extravertiert, einsatzbereit und unternehmungslustig. Sie verkörpern in ihrer Selbsteinsicht den "männlichen Typus". Aus ihrer inneren Sicherheit und ihrem Selbstbewußtsein erwächst eine stärkere Aktivität; sie sind mitteilbarer, oft auch kontaktfreudig und -bedürftig.

Währenddessen sind nahezu alle anderen Frauen durch eine ausgeprägte Kontaktstörung gekennzeichnet. Diese resultiert jedoch nicht zwangsläufig, wie bei Frau P., aus Selbstgenügsamkeit und geringem Kontaktbedürfnis, sondern ist auch Ergebnis eines fundamentalen Mißtrauens gegen die Umgebung. Sie zeigen sich im Umgang mit anderen Menschen, besonders in Gruppensituationen, gehemmt und verlegen; sie sind aufgrund ihrer mangelnden Tatkraft nicht in der Lage, dieser Situation Herr zu werden. Viele sind am liebsten allein, fühlen sich aber andererseits wegen ihrer Einsamkeit von der Umwelt abgelehnt, isoliert und von allen mißverstanden. Sie sind durch diese Einsamkeit in hohem Maße belastet und niedergedrückt.

c) Fremdbild

Das Fremdbild, das von der Familie entworfen wird, stimmt in den meisten Fällen mit dem Selbstbild des Depressiven überein. Bis auf wenige Ausnahmen sind in den Schilderungen aller Beteiligten nur graduelle Unterschiede auszumachen, oft ist nur die stärkere Betonung einzelner Persönlichkeitseigenschaften bemerkbar. Während nur eine Patientin mutloser, zögernder, introvertierter und ungeselliger - also "kränker" - gesehen wird, haben die Angehörigen meist einen positiveren Eindruck vom Patienten, als er es in der Selbsteinschätzung wahrhaben will. Sie schätzen seine emotionelle Labilität wesentlich geringer ein und schreiben ihm ein größeres Selbstvertrauen, ein nicht so stark ausgebildetes Kontaktbedürfnis, eine offeneren und selbstkritischere Haltung und eine höhere Kontaktfähigkeit zu.

Die Fremddarstellungen der Patientinnen B., E. und K. hingegen weichen in entscheidenden Punkten vom selbstgezeichneten Eigenbild ab. Während Frau E. wegen ihres aggressiven, forschenden Auftretens und ihres zeitweilig stark durch die Manie beeinflussten Verhaltens wesentlich lebhafter, unabhängiger und extravertierter gesehen wird als sie sich in Wirklichkeit fühlt, beschreiben die Ver-

wandten von Frau K. und Frau B. diese als erheblich selbstunsicherer und mißgestimmter und zeigen weit mehr psychosomatische Störungen auf, als die Frauen zuzugeben bereit sind. Das Verhalten der Depressiven könnte jedoch auch mit ihrer Neigung zur Dissimulation zusammenhängen. Frau B. wird außerdem in krassem Gegensatz zu ihrer Eigendarstellung einerseits als reizbar und unzufrieden und andererseits als traurig und gehemmt bezeichnet; sie selbst hatte sich unternehmungslustig, ausgeglichen und kontaktfreudig eingeschätzt.

II. Synthese

Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse

Das Interaktionsmuster in der Primärfamilie, in der der Depressive von klein auf in seinem Status festgelegt ist, ergibt sich aus den verschiedenen Querverbindungen, die er zu seinen Angehörigen aufrechterhält. Die Dominanz der Mutter und ihre hausfrauliche Tüchtigkeit führen zur Anerkennung ihrer Autorität. Die ruhige Passivität des Vaters bewirkt ein kameradschaftliches Gefühl für ihn. Der leichtsinnige, oft willensschwache Bruder fordert ihre überlegene Fürsorge. Die daraus entstehende Rangordnung beeinflusst maßgeblich das Rollenverhalten des Depressiven in seiner Sekundärfamilie.

Die von der Mutter gesetzten Wertmaßstäbe einerseits, ihr kühles, fast liebloses Verhalten auf der anderen Seite und die rasche Einbuße aller außerfamiliären Kontakte erklären die starke Fixierung des Depressiven an Ehemann, Kinder und Haushalt.

Die Familie, der sie in ihrer Nachahmung mütterlicher Autorität vorsteht, macht einen außergewöhnlich heilen Eindruck und bildet ein festes Bollwerk gegen fremde Einflüsse, die das geordnete Leben stören könnten.

Der Ehemann entspricht seiner Frau wesensmäßig in allen Belangen. Konflikte werden vermieden und eine ausgeglichene Familienatmosphäre wird geschaffen.

Das sexuelle Verhalten der Depressiven wird von psychotraumatischen Einflüssen in ihrer Jugend und von der moralisierenden, manchmal bigotten Erziehung der Eltern maßgeblich beeinflusst - Frau B. schildert die verklemmte und mißtrauische Stimmung in ihrem Elternhaus in charakteristischer Weise -. So ist es nicht weiter verwunderlich, daß die Depressiven sich in der Regel nicht von ihren Bedenken und Vorurteilen lösen können und diese Problematik in Ehe und Sekundärfamilie hineintragen.

Was die Einstellung zum Mitmenschen anbelangt, so herrschen zwei grundsätzlich verschiedene Verhaltensschemata vor, die sich überschneiden können und ungleich stark ausgeprägt sind. Die Aggressivität unmittelbar nach einer Depression oder während einer Manie, die als Kompensationsmechanismus latenter Insuffizienzgefühle verstanden wird, steht in scharfem Kontrast zu der vor oder während einer Melancholie einsetzenden allmählichen Isolation, die in Resignation und Unterwerfung unter die psychische Erstarrung einmündet.

Die ohnehin spärlichen außerfamiliären Kontakte erlöschen spätestens zu Beginn einer Depression vollends, was parallel zur Einstellung der sexuellen Aktivitäten verläuft. Die Persönlichkeitsveränderung des Depressiven führt zu einer zeitweiligen Dekompensation der familiären Interaktionen und läßt die Familienmitglieder und Angehörigen von Nachsicht und Ratlosigkeit zu Ungeduld und heftiger Kritik übergehen, die bei einigen Patienten zu Mord- und Selbstmorddrohungen führt. Nach Klinikaufenthalt, "Heilung" und Rückeingliederung in das soziale Gefüge, rekonstruieren sich der Depressive und die Familienstruktur abermals. Er wird wieder zentrale Person des Haushaltes, übernimmt seine freigehaltene Rolle und benutzt das allgemeine Schuldbewußtsein zur Stärkung seiner Position.

Die Ergebnisse aus dem FPI-Test erhärten die gewonnenen Erkenntnisse und vertiefen den Einblick in persönliche und familiäre Strukturen.

Folgerungen und Erkenntnisse

Wichtigste Verhaltensweise des Depressiven in Bezug auf sein Interaktionsmuster ist die Kontakthemmung - besonders in Gruppensituationen -, die er in seiner Selbstdarstellung als Introversion und Eigenbrötelei beschreibt. Sie scheint nur in einem Fall echter Selbstgenügsamkeit zu entstammen. Zwar wird der Depressive von seinen Angehörigen oft als selbstsicherer, gelassener und kontaktfähiger, aber kontaktunwilliger, Mensch geschildert, als er sich selber sieht; er zeigt jedoch in Wirklichkeit ein relativ hohes Kommunikationsbedürfnis, wenn er es auch im familiären Rahmen geschickt zu sublimieren vermag.

Kennzeichnend für alle Patienten ist, daß sie aus gleichem Antrieb keinen Schritt in ihre Umwelt tun, sondern jeglicher Annäherung in ablehnender, manchmal auch abwartender Haltung begegnen. So engt sich ihr früherer Bekanntenkreis genau in dem Augenblick, in dem sie sich aktiv um ihn hätten bemühen müssen, auf diejenigen ein, die wegen Heirat oder Verwandtschaft ohne ihr eigenes Zutun in steter Verbindung mit ihnen stehen. In gleichem Maße steigt ihre Fixierung an die Familie oder die Dingwelt, die sie umgibt. Kontakte, die wirklichem Bedürfnis entstammen, sind folglich nur dann möglich, wenn die Depressiven ihrem Gegenüber nicht zum eigenen Schutz in die Isolation ausweichen können. Dann jedoch ist die Tatsache, daß sie sich zuhause am liebsten in dem Raum aufhalten, in dem sich die Familie trifft, ebenso Beweis für ihre zurückhaltende Suche nach innerer Bindung, wie das Anknüpfen von Bekanntschaften in der Klinik und ihre offene Haltung dem Befrager gegenüber, sofern er genügend Hartnäckigkeit beweist. Letztlich ist mit ihrer Abkapselung bei einer Melancholie eine

gewisse Unzufriedenheit verbunden, die dadurch entsteht, daß der Ehepartner sie weitgehend in ihrem Zustand verharren läßt und nur oberflächliche Versuche anstellt, sich ihnen zu nähern. So fühlen sie sich mißverstanden, alleingelassen und in ihrer Absonderung bestärkt.

Die Ursachen für die Kontaktunfähigkeit der Depressiven sind vielgestaltig und schwierig zu eruieren. Das große Anlehnungsbedürfnis hat bei einigen Patientinnen zu einer dermaßen engen Bindung an die Familie geführt, daß sie eine Öffnung zur Umwelt überhaupt nicht mehr in Erwägung ziehen. Frau E. führt ihre Zurückhaltung auf die kühle Distanz zurück, die ihr die Mutter während der Kindheit bezeugte. Dies ist auch der Beweggrund dafür, daß sie sich heute noch nicht dazu überwinden könne, Zuneigung zu zeigen und dies mit großzügigen Geldgeschenken an diejenigen, die sie liebe, zu vertuschen suche. Die übrigen Depressiven werden durch ein tief gegründetes Mißtrauen gegenüber anderen Menschen an jeder Kommunikation gehindert. Es richtet sich entweder gegen den Mitmenschen oder gegen Staat und Gesellschaft als solche. Die Depressiven fliehen vor der Autorität, dem Zwang und der Überlegenheit von Gemeinschaften und Gruppen, denen gegenüber sie sich hilflos und ausgeliefert vorkommen. Andererseits fühlen sie sich in ihrer Isolation abgelehnt und bemühen sich, diese Belastung durch betont legeres Auftreten und demonstrative Selbstgenügsamkeit zu kompensieren.

Ihre die ganze Gefühlslage beeinflussende Selbstunsicherheit und ihre Neigung dazu, sich schnell entmutigen zu lassen, haben zur Folge, daß sie sich der Umweltproblematik nicht gewachsen fühlen und immer mehr isoliert werden. So kommt es im circulus vitiosus zu einer immer intensiveren Anlehnung an die Familie, die die Depressiven so weit wie möglich von der Umwelt abschirmen. Wenn sie sich dennoch dazu gezwungen sehen, aus ihrem Kreis herauszutreten - wie Frau K., die Diebstähle und Ungezogenheiten ihres halbwüchsigen Sohnes li den Dorfbekannten entschuldigen muß -, resultiert daraus eine

erhöhte psychische Labilität; bei Frau K. bricht darüber hinaus eine neue Depression aus.

Die Patientinnen glauben, schwierige Situationen nicht bewältigen zu können, weil sie von einer tiefgreifenden Selbstunsicherheit beherrscht werden, die im Bewußtsein der eigenen Insuffizienz und in einem alle psychischen Bereiche umfassenden Minderwertigkeitsgefühl gipfelt. Hier liegt auch die entscheidende Ursache ihrer Hemmungen. Ihre Bestrebungen, dem Ideal der Hausfrau und Mutter nachzueifern, die je nach der Veranlagung der Patientin und ihrem Verhältnis zur Mutter starken Schwankungen unterworfen sind, scheinen das selbstgesetzte Ziel nie zu erreichen. Die Tüchtigkeit, die sie zu diesem Zweck an den Tag zu legen versuchen und ihr abnorm stark entwickelter Sauberkeits- und Ordnungssinn genügen ihren Anforderungen nicht. Auch die kompensatorische Neigung, sich bei anderen Menschen unentbehrlich zu machen - wie es bei einigen Patientinnen beobachtet werden konnte -, befriedigt sie nicht. Diese Haltung sollte sowohl zur Stärkung des Selbstwertgefühles dienen, als auch als schüchterner Versuch, eine Verbindung herzustellen, gewertet werden. Daraus resultieren Anfälle dumpfer Ver zweiflung, progressive Schuldgefühle und Selbstvorwürfe. Sie gipfeln in der Schaffung eines egozentrischen Weltbildes, in dessen Mittelpunkt die eigenen Hoffnungen und Enttäuschungen liegen.

Selbstaggressionen und aggressive Affekthandlungen stellen einen weiteren Ausdruck der Belastung der Melancholiker durch ihre eigene Unzulänglichkeit dar. Besonders während der Phasen gesteigerter psychischer Labilität und im Verlaufe von Manien manifestieren sich diese Verhaltensweisen in erheblichem Ausmaß und gipfeln in Mord- und Selbstmordideen. Wie Frau E.'s Bericht über ihre Einstellung zu den Schulfreunden und Frau P.'s Solidarisierungsversuche mit dem Vater gegen die dominante Mutter zeigen, hat ein großer Teil der aggressiven Verhaltensformen seine Wurzeln in der frühkindlichen Entwicklung. Von einer Depressiven wird sogar ein direkter kausaler Zusammenhang mit der mütter-

lichen Gefühlskälte hergestellt. So nimmt es nicht wunder, daß einige der Depressiven ihre Angriffslust nicht nur als Mittel zum Erreichen bestimmter egoistischer Zwecke einsetzen, sondern vor allem als Mechanismus zum Schutz der familiären Einheit und Einigkeit. So wie sie es in ihrem Verhalten zu manchen Doktoranden demonstrieren, die in ihren Augen als fremdes Element in den vertrauten Kreis eintreten. Auch die heftige Auflehnung gegen Zwang und Autorität, die bei einigen Depressiven registriert wurde, entspricht nicht der Auflehnung gegen willkürlich beschnittene Freiheiten, sondern vielmehr der Furcht vor weiterer psychischer Alteration und ist deshalb besonders charakteristisch in der Phase, die der Depression unmittelbar folgt.

Obwohl nach Angaben der Patienten die Steigerung der Umweltproblematik, die Unlösbarkeit der Aufgabe, sich auch alltäglichen Pflichten gewachsen zu sehen; auslösender Faktor für das Überhandnehmen einer melancholischen Stimmung ist, scheint es sinnvoller, die Ursache dafür in der Psyche des Betroffenen zu suchen und in seinem Unvermögen, die Diskrepanz zwischen Ich-Ideal und Realität zu überbrücken. Wachsende Selbstentfremdung und mangelndes Verständnis der Familie bewirken einen weiteren Rückzug in das eigene Schneckenhaus, der sich parallel zur äußeren Abkapselung, zum Abbruch der geschlechtlichen Beziehungen zum Ehepartner und zur Nivellierung der depressiven Persönlichkeit vollzieht.

Auch nach Klinikaufenthalt, Behandlung und "Heilung" finden die Depressiven oft nur unter Schwierigkeiten in die frühere Persönlichkeit und die gewohnte Rolle inmitten der Familie zurück. Das hat häufig - wie auch die entfremdende Wirkung der Medikamente - vorübergehende Verschiebungen im familiären Interaktionsmuster und ein Wiederaufflackern ihres allumfassenden Mißtrauens zur Folge.

Die Antwort auf die Frage nach einer Ursache des phasischen Auftretens von Depressionen bestände also zum Teil in den Besonderheiten des jeweiligen Interaktionsmusters. Da der Melancholiker nach der Rückkehr aus der Klinik seine freigehaltene Position innerhalb der Familie besetzt, wahrt er die familiäre Struktur und schafft sich erneut eine Stellung, die aufgrund unveränderter Umfeldstatik zu weiteren Depressionen disponiert. Zudem bleibt seine Kontaktfähigkeit, wie die FPI-Auswertung ergab, deutlich herabgemindert.

Schließlich gelingt es ihm offenbar nie, sich vollständig von den Faktoren seiner Kindheit und Jugend zu lösen, die auf dem Weg über sein Interaktionsmuster in der Primärfamilie sein spezielles Verhalten gegenüber der Umwelt induziert haben. Er trägt sie im Gegenteil in seine Familie hinein und konfrontiert seinerseits seine Nachkommen mit ihnen. So ist auch für diese die umweltbedingte Möglichkeit gegeben, eine adäquate Persönlichkeitsstruktur zu entwickeln, so daß die depressionsfördernden Faktoren, die über das soziale Feld einwirken, in gerader Linie weitergegeben werden.

IV. Zusammenfassung

Felduntersuchungen an Depressiven und Epilektikern sind bisher kaum angestellt worden; die Beispiele aus der Literatur sind nur spärlich. Daher befaßten wir uns besonders mit diesem Thema und arbeiteten in jeweils vier Referaten folgende Themen aus:

- Dingwelt,
- Einstellung zur Krankheit,
- Persönlichkeit,
- Interaktionsmuster.

Die vorliegende Arbeit hat letzteren Gesichtspunkt aus Sicht des Depressiven zum Inhalt und bezieht ihre Informationen aus Interviews mit den Patienten und projektiven Tests. Wir stellten folgende Aspekte heraus:

1. Das Interaktionsmuster in der Primärfamilie.

Die Fixierung an eine dominante, kühle und tüchtige Mutter und die enge emotionale Bindung an einen passiven Vater und einen charakterschwachen, labilen Bruder führen zu einer spezifischen Rangordnung innerhalb der Primärfamilie, aus der sich das Rollenverhalten in der Sekundärfamilie erklärt.

2. Das Interaktionsmuster in der Sekundärfamilie.

Die depressiven Frauen versuchen, die Verhältnisse ihrer Kindheit in ihre Ehe zu projizieren. Konflikte werden durch die Wesensähnlichkeit der Ehepartner vermieden, die Familie wird von der Umweltproblematik weitgehend abgeriegelt.

3. Das weitere Umfeld der Depressiven.

Die Isolation wird verstärkt durch die dumpfe und bedrückende Atmosphäre in den Wohnungen und die ständige Einengung des Freundes- und Bekanntenkreises. Die Verhaltensweise der Depressiven wird durch die Pole der Aggressivität nach einer Depression oder während einer manischen Phase und des inneren Rückzugs bestimmt, beides Ausdrücke eines latenten Insuffizienzgefühles.

4. Die Veränderung der Umweltkontakte im Verlauf der Melancholie.

Die Persönlichkeitsveränderung der Depressiven führt zur allmählichen Zerstörung des familiären Rollengefüges. Unverständnis und Kritik der Angehörigen sowie die Ignoranz des Arztes beschleunigen den psychischen Verfallsprozeß, der erst in der Klinik endet. Nach Rekonstruktion ihrer früheren Persönlichkeit übernehmen die Depressiven erneut die offengehaltene Rolle im Familiengefüge.

Die Resultate aus den projektiven Tests erhärteten im wesentlichen die gewonnenen Untersuchungsergebnisse. Besonders hervorgehoben wird hier als prägendster Wesenszug des Depressiven die Kontakthemmung, die als Ursache ihrer Fixierung an die Familie und ihrer Abschirmung vor der Umwelt fungiert. Sie wird durch Insuffizienzgefühle und Mißtrauen gegenüber der Umwelt bewirkt. Diese charakteristische Verhaltensweise, teilweise aus der Primärfamilie übernommen, wird in die Sekundärfamilie hineingetragen und dort als Milieufaktor weitergegeben.

V. Literaturverzeichnis

1. Baer, R. und S. Lehl: Zyclothyme und ihre Angehörigen im gegenseitigen Urteil. Ein Beitrag zur Sozialpsychiatrie der Zyclothymie. Int. Pharmakopsychiat. 8, 116 - 126 (1973)
2. Barnes, M.: Meine Reise durch den Wahnsinn
Kindler, München 1973
3. Bateson, G., D. Jackson, R. D. Laing, T. Lidz, C. Wynne u. a.: Schizophrenie und Familie
Suhrkamp-Reihe Theorie. Frankfurt/M 1969
4. Erichson, F.: Der Vater Schizophrener. 2. Psychother. Med. Psychol. 23, 130 - 140, 169 - 185 (1973)
5. Fleck, S., Th. Lidz, A. Cornelison, S. Schäfer und D. Terry: Inzestuöse und homosexuelle Problematik. Psyche 13, 331 - 345 (1959/60)
6. Fleck, S., A. Cornelison, N. Norton und Th. Lidz: Wechselbeziehungen zwischen dem Klinikpersonal und den Familien. Psyche 13, 366 - 376 (1969/70)
7. Gibson, R. W.: The family background and early life experience of the maniac depressiv patient. Psychiatrie 21, 71-90 (1958)
8. Glatzel, J.: Endogene Depressionen
Thieme, Stuttgart 1973
9. Krebs, W.: Interaktionsmuster im sozialen Feld des Depressiven
Mainz 1974
10. Laing, R. D.: Das geteilte Selbst - eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn.
Kiepenheuer und Witsch, Köln 1972

11. Lidz, Th.: Familie und psychosoziale Entwicklung. Fischer, Frankfurt/M 1971
12. Lidz, Th.: Schizophrenie und Familie. Psyche 13, 257 - 267 (1959/60)
13. Lidz, Th., A. Cornelison, S. Fleck und D. Terry: Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe. Psyche 13, 316 - 330 (1959/60)
14. Lidz, Th., S. Fleck, A. Cornelison und D. Terry: Elternpersönlichkeiten und Wechselbeziehungen in der Familie. Psyche 13, 302 - 315 (1959/60)
15. Lidz, Th., A. Cornelison, D. Terry und S. Fleck: Irrationalität als Familientradition. Psyche 13, 316 - 330 (1959/60)
16. Lidz, Th., A. Cornelison, S. Fleck und D. Terry: Der Vater. Psyche 13, 268 - 287 (1959/60)
17. Lidz, Th., S. Schäfer, S. Fleck, A. Cornelison und D. Terry: Zur Differenzierung der Persönlichkeit und Symptome bei eineiigen Zwillingen. Psyche 13, 346 - 365 (1959/60)
18. Löffler, P.: Interaktionsmuster im sozialen Feld des Depressiven. Mainz 1974
19. Maskow, L.: Interaktionsmuster im sozialen Feld des Depressiven. Mainz 1974
20. Peters, U. H.: Interpretation als psychopathologische Methode. Psychiatria clinica 6, 81 - 96 (1973)
21. Richter, H. E.: Die Gruppe. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg 1972

22. Schulte, W.: Über das Wesen melancholischen Erlebens und die Möglichkeiten der Beeinflussung.
Hippokrates, Stuttgart 1965
23. Schulte, W. und R. Tölle: Psychiatrie.
Springer, Berlin - Heidelberg - New York 1971
24. Sohler, D. T., J. P. Holzberg, S. Fleck, E. Kay und Th. Lidz: Die Diagnostik der Familienwechselbeziehungen mit einer Serie projektiver Tests.
Psyche 13, 377 - 393 (1959/60)
25. Sechehage, M.: Tagebuch einer Schizophrenen
Suhrkamp, Frankfurt/M 1974
26. Tellenbach, M.: Melancholie
Springer, Berlin - Heidelberg - New York 1974

LEBENS LAUF

Am 5. 8. 1950 wurde ich, Ulrike, Else Marie I p p i c h , als Tochter des Volksschullehrers Arnold Langenhan und seiner Ehefrau Gertrude, geborene Weyerhäuser, in Mainz geboren. Meine ersten Lebensjahre verbrachte ich in Hausen (Hunsrück), ab 1954 in Winsen (Aller), wo mein Vater als Realschullehrer tätig war. Hier vollendete ich 1957 mein erstes Schuljahr. Die späteren Volksschuljahre leistete ich in Mainz, wohin wir 1958 nach dem Eintritt meines Vaters in die Bundeswehr umgezogen waren.

Nach meinem vierten Volksschuljahr wurde ich 1961 in das Frauenlob-Gymnasium Mainz aufgenommen. Ich wählte in der siebten Klasse den neusprachlichen Zweig, der ab Sexta Englisch und ab Obertertia Latein sowie Französisch voraussetzte. Meine Lieblingsfächer waren Latein, Biologie, Mathematik und Sport. Besonders gern beschäftigte ich mich mit moderner Literatur und aktueller Politik. Neben dem Unterricht belegte ich Französisch-Kurse im Institut Français, erhielt im Mainzer Konservatorium eine Ausbildung an der Gitarre und war aktives Mitglied der Leichtathletikabteilung des USC Mainz.

1968 begann ich, in den Mainzer Universitäts-Kliniken zu arbeiten, zunächst an Sonntagen, später auch in den Ferien und in den Wochen vor Semesterbeginn. So hatte ich bis Oktober 1969 ein Vierteljahr praktisch in der Kinderstation der Nachsorgeklinik 6 a Dienst getan und entschloß mich, da mein Interesse durch diese Arbeit ständig gewachsen war, Medizin zu studieren.

Im Juni 1969 bestand ich das Abitur und wurde für den Herbst des gleichen Jahres zum Medizinstudium an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz zugelassen. Hier absolvierte ich nach dem zweiten Semester im Oktober 1970 die naturwissenschaftliche und im März 1972 nach dem fünften Semester die ärztliche Vorprüfung und erhielt beide Male das Gesamturteil "gut". Die erforderlichen zwei Monate Krankenpflegedienst

leistete ich 1970 auf der kardiologischen Station der II. Medizinischen Klinik.

Während der klinischen Semester famulierte ich in der Inneren und der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Ludwigsburg sowie auf der Geburtshilflichen Station der Universitätskliniken Mainz. Die Schwerpunkte meines Studiums verlagerte ich auf die Wissensbereiche der Kardiologie und Psychiatrie, denen mein besonderes Interesse gilt. Auf letzterem Gebiet begann ich im Juni 1973 unter Anleitung von Professor U. H. Peters meine Doktorarbeit, die den Titel "Interaktionsmuster des Depressiven im sozialen Feld" trägt und dem Doktorvater im Oktober 1974 zur ersten Beurteilung übergeben wurde. Im Februar 1975 schloß ich mein Studium nach elf Semestern ab. Das anschließende Staatsexamen bestand ich im Juli des gleichen Jahres mit der Gesamtnote "sehr gut".

Am 17. 5. 1974 heiratete ich nach vierjähriger Bekanntschaft den Offizier und Ingenieur Wulf Ernst Ludwig Ippich, der zur Zeit in Hamburg einen Generalstabslehrgang besucht. Daher absolviere ich ab 1. 12. 1975 meine Medizinalassistentenzeit in Wedel/Holstein, um anschließend mit meinem Mann, der für die Dauer von 18 Monaten nach Bandung in Indonesien versetzt wird, ins Ausland zu gehen und dort eine Tätigkeit anzustreben.

